La prévention en actions

Plan d'action montréalais en santé publique

2003-2006

Document de consultation

Version préliminaire

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

106-06392/

La prévention en actions

Plan d'action montréalais en santé publique

2003-2006

DOCUMENT DE CONSULTATION

Une publication de la
Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
http://www.santepub-mtl.qc.ca

Comité directeur
John Carsley, responsable unité Maladies infectieuses, DSP
Irma Clapperton, chargée de projet, Plan d'action, DSP
Louis Côté, directeur de l'Information et de la Planification, Régie régionale
Suzanne Couët, responsable Administration, DSP
Michelle Doyon, directrice générale, Regroupement des CLSC de Montréal
Louis Drouin, responsable unité Santé au travail et Santé environnementale, DSP
Serge Dulude, chef, Département régional de médecine générale
Jacques Durocher, responsable unité Santé physique, DSP
Hélène Gobeil, directrice générale, CLSC Saint-Léonard
Marie-Claire Laurendeau, responsable unité Écologie humaine et sociale, DSP
Mariette Le Brun-Bohémier, directrice générale, CLSC Pierrefonds
Richard Lessard, directeur, DSP
Michel Mongeon, responsable Planification, DSP
Jean-Pierre Perreault, directeur général, CLSC Hochelaga-Maisonneuve
Louis-Paul Thauvette, directeur général, CLSC Saint-Henri

Édition
Deborah Bonney

Conseillère à la rédaction
Solange Lapierre

Graphisme
Paul Cloutier

Conception de la page couverture
Cossette communication-marketing

© Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre (2003)

Dépôt légal : 1er trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-381-4

Avant-propos

C'est avec confiance que nous soumettons à la consultation le document *La prévention en actions*. En continuité avec *Le défi de l'accès*, le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, la Régie régionale poursuit ses efforts dans sa planification stratégique 2003-2006, *La santé en actions*, pour favoriser la prévention et l'intégrer au continuum de services de santé et sociaux.

Plus que jamais, la notion de « prévenir » est à l'ordre du jour. Ainsi, le gouvernement du Québec soulignait à l'automne dernier dans son plan d'action, *Horizon 2005*, que la prévention constitue l'un des meilleurs investissements que l'on puisse faire en matière de santé. Or, quels sont les enjeux et les défis de la prévention dans une région comme Montréal ?

Le rapport annuel 2002 de la Direction de santé publique, *La santé urbaine : une condition nécessaire à l'essor de Montréal*, pose un regard critique sur l'état de santé de la population montréalaise par rapport à d'autres grandes villes canadiennes. Il identifie clairement les problèmes de santé auxquels il faut s'attaquer. Il cible les groupes les plus vulnérables ainsi que les zones de la ville les plus durement touchées.

Dans le champ de la santé publique, des actions et des collaborations fructueuses sont déjà en cours. Plusieurs partenariats sont établis entre la Direction de santé publique, les CLSC, les médecins, la Ville de Montréal, les commissions scolaires, les écoles, les organismes communautaires et les divers ministères. Mais, face aux défis que pose la santé de la population montréalaise, une question demeure :

Comment mieux cibler notre action et optimiser les contributions de tous et chacun ?

La Régie régionale, sa direction de santé publique et les CLSC ont convenu d'unir leurs efforts pour élaborer la présente proposition d'actions en prévention selon une approche globale, concrète et transparente. Les actions suggérées visent les différents domaines de la santé publique et interpellent le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les autres secteurs d'activités.

L'importance du problème, la capacité de mener des interventions efficaces, les liens déjà établis avec des partenaires ont servi de toile de fond à cette proposition. Plusieurs des actions suggérées sont déjà amorcées mais leur succès, et les gains en matière de santé, dépendent du choix de les maintenir, de les consolider ou de les développer.

La Régie régionale convient aussi de l'importance d'une synergie entre les partenaires pour une action en faveur de la santé et du bien–être. À ce titre, elle a proposé la création du Forum des partenaires qui a pour mandat de recommander les stratégies des divers secteurs d'activités en matière de santé publique.

Avec la présente consultation, nous souhaitons connaître votre opinion sur les actions de prévention que nous proposons. Nous avons choisi de les présenter en indiquant celles qui s'adressent aux partenaires de santé et aux partenaires intersectoriels. En conclusion, nous soumettons huit grands défis en matière de prévention et les actions prioritaires à mener collectivement pour les trois années à venir. En nous appuyant sur les prévisions budgétaires dans le plan du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Pour faire les bons choix*, nous avons tenté d'illustrer les impacts budgétaires, soit en consolidation, soit en développement, pour chacun des axes d'intervention. Suite au consensus dégagé, des résultats à atteindre seront fixés. Ainsi, nous insistons sur l'importance de maintenir une capacité d'innover et de produire des données fiables pour soutenir la prise de décision et l'action concertée.

La consultation est ouverte. Vous êtes invités à vous prononcer sur l'ensemble du document avec une attention particulière aux sections liées à vos propres activités. Nous souhaitons que le résultat de cette consultation renforce les engagements et suscite de nouvelles collaborations qui prendront racine dans le premier plan montréalais d'action de santé publique dont, ensemble, nous suivrons l'évolution pour les trois prochaines années.

Kathleen Weil
Présidente du Forum des partenaires
en santé publique

Richard Lessard, M.D.
Directeur de santé publique

Mariette Le Brun-Bohémier
Porte-parole du comité de santé publique
du Regroupement des CLSC de Montréal

Introduction

Le document *Prévention en actions* présente une proposition d'objectifs et d'actions de santé publique à privilégier pour la période 2003-2006. Cette proposition s'inscrit dans le cadre de la planification stratégique de la Régie régionale. À la fin du processus, elle constituera le Plan montréalais d'action de santé publique.

La consultation vise à dégager un certain nombre de cibles vers lesquelles devraient converger les interventions des différents acteurs pour favoriser la prévention, la qualité des services et l'efficience des ressources.

La section 1 situe le contexte dans lequel s'inscrit l'élaboration du plan d'action régional, la section 2 présente la mission, les rôles et les responsabilités, la section 3 situe le portrait de santé de la population à desservir et la section 4 brosse un état de situation et propose les cibles d'action en matière de développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, des habitudes de vie et des maladies chroniques, des traumatismes non intentionnels, des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé en milieu de travail.

La présentation est structurée selon six axes déclinés en objectifs et en cibles d'action tant pour les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux que les autres partenaires. Les deux premiers traitent des stratégies à privilégier et les quatre autres portent sur chacun des grands domaines de santé publique. La section 5 dégage les principaux défis et actions pour les trois prochaines années. Enfin, la section 6 énonce des conditions de réalisation pour soutenir efficacement le déploiement du plan d'action régional.

Une consultation interactive

La Prévention en actions est un volet du plan triennal 2003-2006 de la Régie régionale de Montréal. Chaque plan fait l'objet d'une stratégie de consultation et de participation laquelle constitue un élément clé de notre planification stratégique. En effet, nous souhaitons que cette consultation suscite une mobilisation de tous nos partenaires, tant du réseau de la santé que du réseau intersectoriel, pour une implantation réussie du Plan d'action. À cette fin, divers moyens de consultation ont été retenus en fonction des publics à rejoindre.

Forum des partenaires en santé publique

Le Forum des partenaires en santé publique, mis sur pied par le Conseil régional de développement de l'île de Montréal (CRDIM) et la direction de santé publique, représente les différents milieux constitués par les collèges du CRDIM auxquel s'ajoutent des représentants des divers forums et comités de cet organisme. Le Forum a, entre autres

mandats, celui de recommander les stratégies de communication et de mobilisation intersectorielle nécessaires pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du Plan d'action régional en santé publique. Il tiendra sa première réunion le 14 mars 2003.

Le Forum parrainera une consultation organisée en quatre volets.

- Le premier volet de la consultation est constitué d'ateliers thématiques autour de quatre des six axes du Plan d'action. Les membres du Conseil des partenaires du CRDIM sont appelés à participer à des échanges et des débats autour des défis et des actions proposés dans le Plan en vue de formuler des avis.

  Axe 1 : Réduction des inégalités sociales de la santé – 19 mars.

  Axe 3 : Réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale – 26 mars

  Axe 4 : Prévention des maladies et des traumatismes – 11 mars

  Axe 5 : Prévention des menaces réelles et appréhendées causées par des agents biologiques, chimiques ou physiques – 12 mars

- Les audiences publiques et le dépôt d'avis écrits représentent le deuxième volet de la consultation. Les organismes représentés au sein du Forum des partenaires en santé publique sont invités à présenter un avis écrit dans le cadre des audiences publiques organisées par la Régie régionale, sur des propositions émanant du document de consultation du Plan montréalais d'action en santé publique et / ou du document de consultation du Plan montréalais d'amélioration des services de santé et des services sociaux (7-8 avril).

  Les participants aux audiences publiques doivent s'inscrire avant le 31 mars 2003 auprès de la Régie régionale en téléphonant au numéro : 286-6500 poste 5612.

- Mis en place par la Régie régionale, le Forum de la population, constitué de quinze à vingt membres, analysera également le Plan d'action et formulera un avis qui sera ensuite étudié par le Forum des partenaires.

- Le dernier volet de la consultation prend la forme d'une rencontre, au début mai, des membres du Forum des partenaires en santé publique afin d'intégrer l'ensemble de ce qui aura été discuté lors des étapes antérieures de la consultation. À l'issue de la consultation, le Forum des partenaires en santé publique transmettra son avis au comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration de la Régie régionale (fin mai).

Pour de plus amples informations sur la consultation coordonnée par le Forum des partenaires en santé publique, contactez monsieur André Bergeron de la direction de santé publique au (514) 528-2400 poste 3553, andre_bergeron@ssss.gouv.qc.ca ou monsieur Claude Vézina du CRDÎM au 842-2400 poste 2985, cvezina@crdim.org .

Autres moyens de consultation

Afin de solliciter l'opinion des médecins omnipraticiens sur l'intégration des mesures préventives efficaces dans les pratiques médicales et professionnelles, quelques questions sont intégrées au questionnaire destiné aux omnipraticiens et envoyé par le département régional de médecine générale.

Des moyens électroniques de consultation

Le document de consultation ainsi que le questionnaire permettant de recueillir vos suggestions seront accessibles sur le site Internet de la direction de santé publique au www.santepub-mtl.qc.ca ainsi qu'un document de support, le Rapport annuel 2002 sur la santé de la population : *La santé urbaine, une condition nécessaire à l'essor de Montréal.*

Table des matières

Avant-propos 3

Introduction 5

1. Contexte 11

2. Mission, rôles et responsabilités 13

3. Portrait de santé de la population 15

4. Vers une offre régionale de services de santé publique 2003-2006 : comment mieux cibler notre action 19

Axe 1 : La réduction des inégalités sociales de la santé et un engagement confirmé auprès des communautés et des milieux de vie 21

Axe 2 : L'intégration des mesures préventives efficaces dans les pratiques médicales et professionnelles 23

Axe 3 : La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées 25

Les tout-petits et leur famille 25

Les jeunes 27

Les adultes 30

Les personnes âgées 32

Axe 4 : La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable 25

Les habitudes de vie 25

Les traumatismes non intentionnels 42

Axe 5 : La prévention et la vigie sanitaire concertée des menaces réelles ou appréhendées dues à des agents biologiques, chimiques ou physiques 44

Les maladies infectieuses 44

La santé en milieu de travail 50

La santé environnementale 52

Axe 6 : Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants 57

5. Les huit principaux défis des prochaines années 61

6. Des conditions de succès 67

Annexe 1 Ressources de santé publique (2001-2002) en CLSC et DSP et estimé des besoins (2003-2006) pour les six axes du Plan d'action montréalais de santé publique 71

Annexe 2 Sommaire des ressources de santé publique 75

Contexte

1

En 2001, la commission Clair[1] a souligné la nécessité de retrouver un meilleur équilibre entre prévenir, guérir et soigner. Puis, en 2002, le plan *Horizon 2005*[2] du gouvernement du Québec et les orientations du MSSS[3] ont rappelé l'importance de mieux intégrer les services et préconisé une action synergique des diverses disciplines et des différents secteurs d'activités de la société.

Ces documents soulignent l'obligation d'évaluer régulièrement la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la qualité des interventions, de s'assurer qu'elles ont un impact positif sur la santé. La prévention y figure aussi comme une stratégie essentielle.

Pour renforcer la portée de son action, la nouvelle *Loi de sant publique*[4] précise des moyens et des obligations structurant la pratique, notamment le *Programme national de santé publique*[5]. Publié en novembre dernier, ce programme identifie les activités à réaliser au cours des dix prochaines années dans les domaines du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, des habitudes de vie et des maladies chroniques, des traumatismes non intentionnels, des maladies infectieuses, de la santé environnementale, de la santé en milieu de travail.

Il précise en quelque sorte quels services de santé publique sont accessibles à tous les citoyens et citoyennes du Québec. Il établit une plate-forme commune de l'offre de services de santé publique à rendre accessible dans toutes les régions et tous les territoires de CLSC[6]. À l'échelle régionale et locale, nous sommes invités à traduire le Programme national de santé publique en plans d'action régional et local en tenant compte de l'offre de services commune et des spécificités régionales.

Sur le plan du financement, pour prendre collectivement le virage prévention, le plan de la santé et des services sociaux, *Pour faire les bons choix*[7], accorde la somme de 241 millions, soit 73 M$ pour informer la population sur les moyens à prendre pour rester en santé, 118 M$ à l'offre de services préventifs dans le réseau et 50 M$ au soutien des interventions menées par les autres secteurs d'activité.

---

1 Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux, *Les solutions émergentes, rapports et recommandations*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 410 pages, 2000.

2 Gouvernement du Québec, *Horizon 2005, plan d'action pour un Québec meilleur*, 48 pages, 2002.

3 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Pour faire les bons choix, plan de la santé et des services sociaux*, 35 pages, 2002.

4 Gouvernement du Québec, *Loi de santé publique*, 42 pages, décembre 2002.

5 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, 119 pages, 2002.

6 idem à 5

7 idem à 3

La Régie régionale a choisi, en continuité avec *le Défi de l'accès de 1998-2002*, de faire du *Plan montréalais d'action de santé publique* la première orientation de sa planification stratégique 2003-2006. À son tour, ce plan guidera l'élaboration des plans d'action locaux des CLSC et servira aussi d'assise pour consolider, avec les partenaires, une alliance en faveur de la santé et du bien-être.

Mission, rôles et responsabilités

La Direction de santé publique de la Régie régionale et les 29 CLSC de l'île sont les porteurs institutionnels du mandat de santé publique.

La Direction de santé publique a pour mission la prévention des problèmes de santé et de bien-être ainsi que la réduction des inégalités sociales de la santé.

Le directeur de santé publique a pour responsabilités[8] :

1. d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
2. d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
3. d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller la régie régionale sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;
4. d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

La Régie régionale a confié la gestion du plan d'action au directeur de santé publique. Les CLSC, pour leur part, ont la mission de réaliser des activités de santé publique sur leur territoire respectif. Ils doivent élaborer un plan d'action local en concertation notamment avec les organismes communautaires. Ces plans définiront les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au plan d'action régional compte tenu des caractéristiques de la population desservie[9].

8 Gouvernement du Québec, *Loi des services de santé et des services sociaux*, amendée 2002.

9 Gouvernement du Québec, *Loi de santé publique*, 42 pages, décembre 2002.

Portrait de santé de la population

Montréal, deuxième plus grande ville du Canada, comptait selon le recensement de 2001, plus de 1,8 million d'habitants. On assiste au cours des dernières années à une reprise de la croissance démographique dans la région, au rythme de 15 000 personnes par année. Les phénomènes démographiques qui façonnent l'évolution des populations se traduisent à Montréal par une proportion élevée de personnes âgées de 65 ans et plus (15 %) et une augmentation de l'importance relative des immigrants qui comptent, en 2001, pour 28 % de la population (voir tableau et carte, pp. 16 et 17).

Au plan économique, la situation à Montréal s'est nettement améliorée au cours des dernières années. La proportion de personnes bénéficiant de l'assistance-emploi (aide sociale) est passée de 18 %, en 1996 à 13 % en 2002 alors que durant la même période, le taux de chômage diminuait de 14 % à 10 %. Malgré cette amélioration, le taux de chômage à Montréal demeure nettement plus élevé que dans les autres grandes régions canadiennes, et il subsiste des écarts importants à l'intérieur de la région. Dans certains quartiers, plus du quart de la population vit de l'assistance-emploi (voir carte p. 16).

En ce qui concerne l'état de santé des Montréalais, trois principaux constats se dégagent :

- une amélioration notable dans le temps;
- des progrès importants sont encore possibles à la lumière des comparaisons aux autres grandes villes canadiennes;
- des écarts persistant à Montréal selon le CLSC et la sous-région de résidence.

Des informations plus détaillées sur l'état de santé et de bien-être des Montréalais sont disponibles sur le site Internet de la Direction de santé publique (www.santepub-mtl.qc.ca) ainsi que dans deux publications récentes *La santé urbaine : une condition nécessaire à l'essor de Montréal*[10], Rapport annuel 2002 sur la santé de la population et *Le portrait statistique de la santé des Montréalais*[11].

10 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, *La santé urbaine : une condition nécessaire à l'essor de Montréal*, 92 p., 2002.

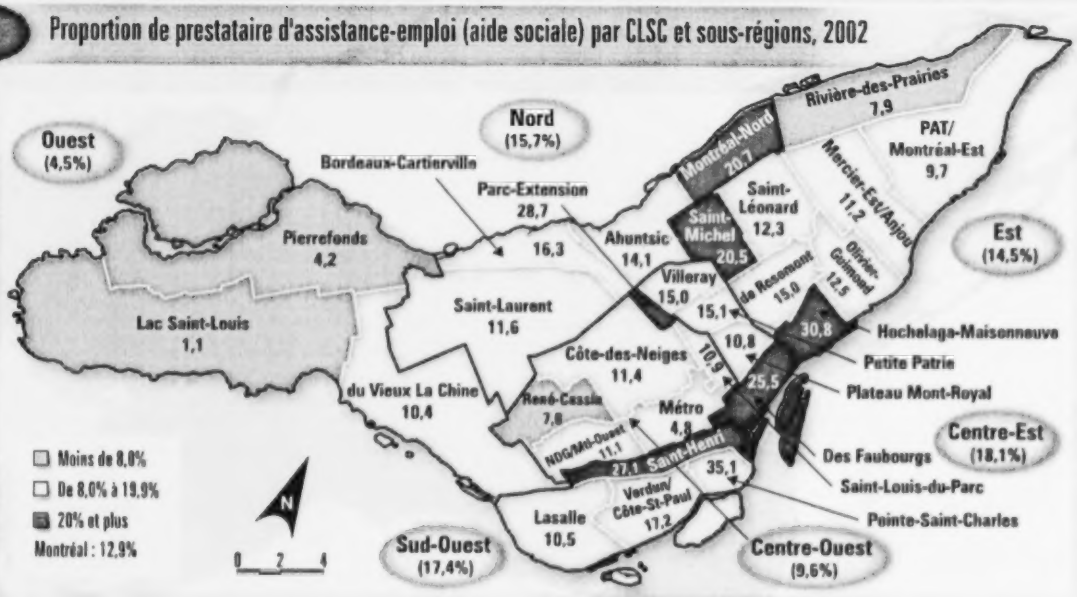
11 Choinière, R., Massie, J., Paradis, C., *Le portrait statistique de la santé des Montréalais, Direction de santé publique de Montréal-Centre*, 342 p., 2003.

Carte de référence des CLSC et sous-régions

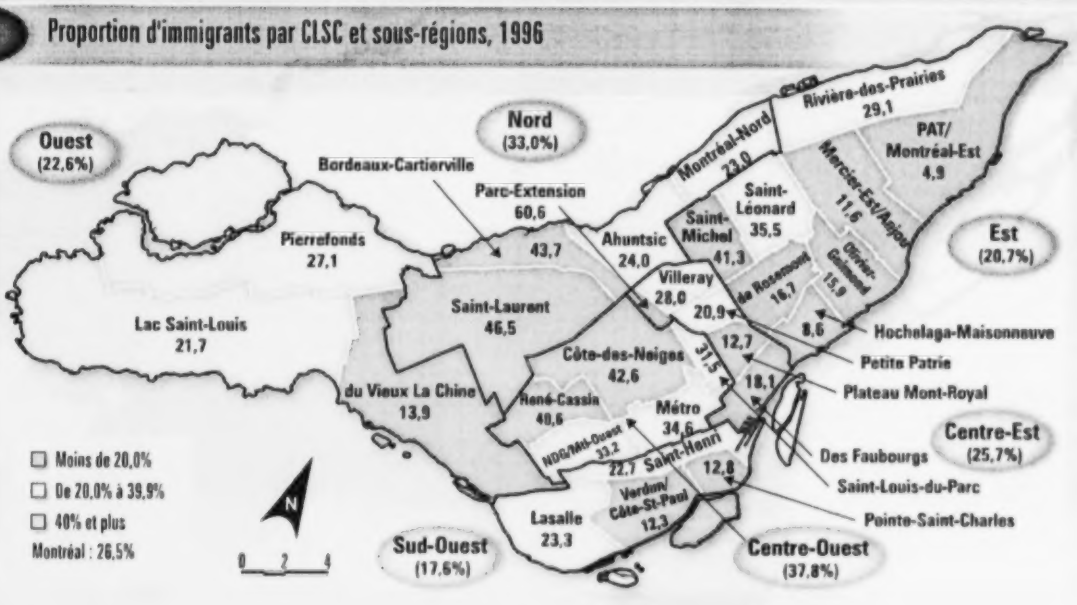
Comparaisons des sous-régions de Montréal

Indicateurs	Ouest	Centre-ouest	Nord	Sud-ouest	Centre-est	Est
Taux d'hospitalisation évitable, 1995-2000 (taux pour 100 000)	33,4	51,4	57,1	71,0	63,4	59,2
Taux de mortalité évitable, 1994-1998 (taux pour 100 000)	48,2	46,8	61,8	77,6	75,7	69,3
Taux ajusté d'interventions pertinentes, 1995-2000 (taux pour 100 000)	112,5	116,9	113,8	126,7	111,0	109,0
Taux ajusté de remplacement de la hanche, du fémur ou du genou, 1995-2000 (taux pour 100 000)	16,2	14,1	13,2	13,7	11,7	12,1
Taux ajusté de pontage coronarien, d'angioplastie ou d'implantation d'un pacemaker, 1995-2000 (taux pour 100 000)	27,5	31,0	30,0	34,2	32,1	34,1
Taux ajusté d'interventions pour la cataracte ou la rétinopathie, 1995-2000 (taux pour 100 000)	68,8	71,8	70,6	78,8	67,2	62,8

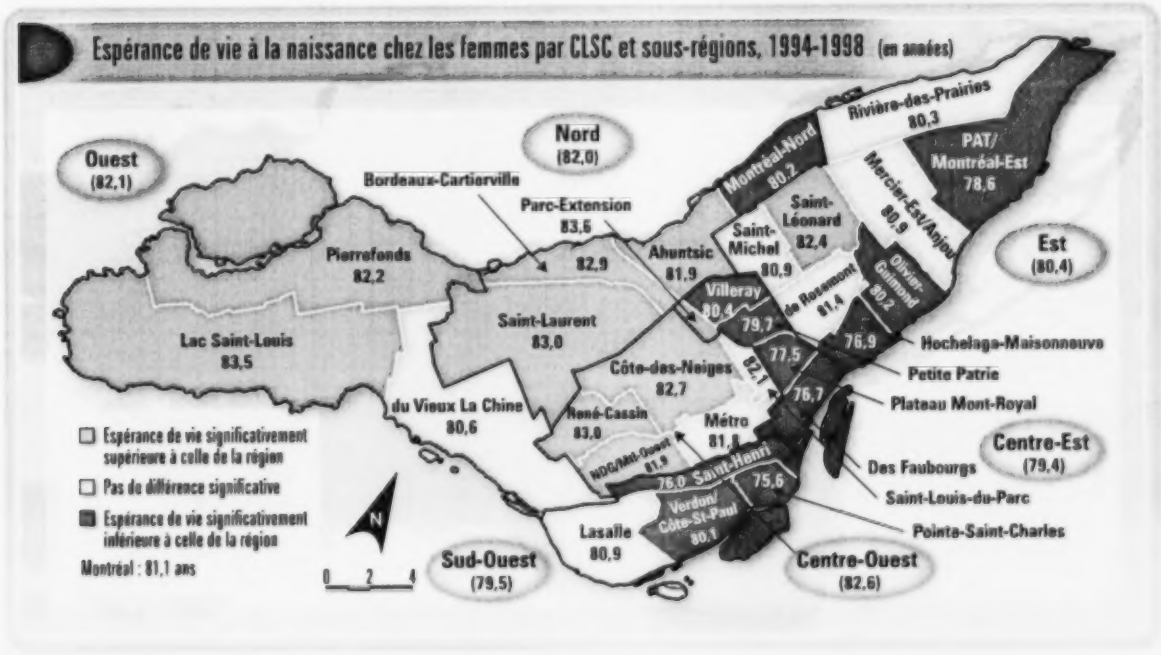
Proportion de prestataire d'assistance-emploi (aide sociale) par CLSC et sous-régions, 2002



Proportion d'immigrants par CLSC et sous-régions, 1996



Espérance de vie à la naissance chez les hommes par CLSC et sous-régions, 1994-1998 (en années)
Ouest (77,2)
Nord (75,9)
Est (73,8)
Centre-Est (70,7)
Sud-Ouest (73,1)
Centre-Ouest (77,4)
Bordeaux-Cartierville
Parc-Extension 76,6
Pierrefonds 77,8
78,4
Ahuntsic 74,6
Montréal-Nord 74,1
Rivière-des-Prairies 76,2
PAT/ Montréal-Est 72,6
Mercier-Est/Anjou 74,2
Saint-Léonard 77,3
Saint-Michel 75,0
Olivier-Guimond 73,6
de Rosemont 72,9
Villeray 72,7
72,5
Lac Saint-Louis 79,5
Saint-Laurent 77,9
Côte-des-Neiges 78,8
74,0
69,0
68,6
Hochelaga-Maisonneuve
Petite Patrie
66,0
Plateau Mont-Royal
du Vieux La Chine 74,0
René-Cassin 79,4
Métro 76,8
NDG/Mtl-Ouest 76,5
69,6
Saint-Henri
71,7
Des Faubourgs
Saint-Louis-du-Parc
Verdun/ Côte-St-Paul 73,1
Pointe-Saint-Charles
Lasalle 75,0
Espérance de vie significativement supérieure à celle de la région
Pas de différence significative
Espérance de vie significativement inférieure à celle de la région
Montréal : 74,8 ans
N
0 2 4


Espérance de vie à la naissance chez les femmes par CLSC et sous-régions, 1994-1998 (en années)
Ouest (82,1)
Nord (82,0)
Est (80,4)
Centre-Est (79,4)
Sud-Ouest (79,5)
Centre-Ouest (82,6)
Bordeaux-Cartierville
Parc-Extension 83,6
Pierrefonds 82,2
82,9
Ahuntsic 81,9
Montréal-Nord 80,2
Rivière-des-Prairies 80,3
PAT/ Montréal-Est 78,6
Mercier-Est/Anjou 80,9
Saint-Léonard 82,4
Saint-Michel 80,9
Olivier-Guimond 80,2
de Rosemont 81,4
Villeray 80,4
79,7
Lac Saint-Louis 83,5
Saint-Laurent 83,0
Côte-des-Neiges 82,7
82,1
77,5
76,9
Hochelaga-Maisonneuve
Petite Patrie
76,7
Plateau Mont-Royal
du Vieux La Chine 80,6
René-Cassin 83,0
Métro 81,8
NDG/Mtl-Ouest 81,9
76,0
Saint-Henri
75,6
Des Faubourgs
Saint-Louis-du-Parc
Verdun/ Côte-St-Paul 80,1
Pointe-Saint-Charles
Lasalle 80,9
Espérance de vie significativement supérieure à celle de la région
Pas de différence significative
Espérance de vie significativement inférieure à celle de la région
Montréal : 81,1 ans
N
0 2 4

Vers une offre régionale de services de santé publique 2003-2006 : comment mieux cibler notre action

Une approche intégrée et concertée

L'action préventive prendra forme dans le Plan d'action régional mais, pour produire des résultats durables, elle devra être intégrée à tous les types de services et reposer sur un partenariat étroit avec les autres secteurs d'activités.

Trois objectifs pour orienter l'action.

- **Prévenir** afin de permettre aux personnes de demeurer en santé.
- **Guérir** par le biais d'interventions précoces et efficaces pour rétablir la santé quand celle-ci est menacée.
- **Soigner** grâce à des approches thérapeutiques, visant non pas à supprimer le problème, mais plutôt à améliorer la capacité à composer avec celui-ci.

Des stratégies efficaces

Sept stratégies pour baliser l'action préventive.

Les actions proposées prennent appui sur des stratégies reconnues en santé publique et indiquées par le *Programme national de santé publique 2003-2012*, soit :

- **Renforcer** le potentiel des personnes
- **Soutenir** le développement des communautés
- **Favoriser** la création d'environnements favorables
- **Soutenir** les groupes vulnérables
- **Participer** activement à la concertation intersectorielle
- **Agir** avec célérité pour contrer les menaces à la santé de la population
- **Encourager** les pratiques cliniques préventives

Des cibles d'action

La proposition d'actions régionales pour la période 2003-2006 se présente sous la forme de 16 objectifs regroupés en six axes.

Les deux premiers axes représentent des stratégies transversales et les quatre autres des stratégies dans les domaines de santé publique suivants : le développement de l'adaptation et de l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses, la santé environnementale, la santé en milieu de travail.

Pour leur part, les 16 objectifs portent, soit sur des problématiques de santé, soit sur des clientèles spécifiques. Pour chacun, des cibles d'action sont fixées, pour lesquelles on indique la concordance avec la plate-forme commune du *Programme national de santé publique* ⊡ ainsi que les efforts à y consacrer en spécifiant si les cibles sont

- □ à maintenir,
- ⌑ à consolider,
- ⌐ à développer.

Axe 1

La réduction des inégalités sociales de la santé et un engagement confirmé auprès des communautés et des milieux de vie

Objectif 1 :

Réduire les inégalités sociales de la santé par une stratégie concertée et globale

État de situation

Les inégalités sociales constituent un facteur majeur d'influence sur l'état de santé d'une population. À Montréal, les écarts de santé entre secteurs riches et pauvres sont très marqués à plusieurs égards : l'espérance de vie à la naissance, l'espérance de vie en bonne santé, le nombre de grossesses à l'adolescence, la détresse psychologique, le nombre d'hospitalisations et diverses causes de mortalité. On note aussi que, pour la plupart des indicateurs socio-économiques, notamment la scolarité et le revenu, Montréal se classe en queue de peloton parmi les régions urbaines du Canada. On observe aussi que le cumul des facteurs de vulnérabilité, notamment chez les groupes en situation précaire et les nouveaux arrivants, se traduit par un clivage Nord-Ouest/Sud-Est.

En juin 2002, au Sommet de Montréal, on a convenu d'un certain nombre d'orientations pour le développement social de la nouvelle ville, qui ont donné naissance à des chantiers dont l'un pour vaincre la pauvreté, qui inclut des actions pour la sécurité alimentaire, et un autre sur le développement des communautés locales.

Dans la dynamique actuelle de la région, il va de soi que le réseau de la santé doit également intensifier son action sur la réduction des inégalités avec tous ses partenaires. À cet effet, la mobilisation des communautés, la création de milieux favorables à la santé, la promotion de politiques publiques saines, c'est-à-dire qui favorisent l'amélioration de la santé, sont des voies d'action prometteuses. Nos actions régionales doivent aussi influencer la prise de décision au palier national. En effet, l'État détient l'essentiel des leviers pour agir sur les écarts socio-économiques de la société. Ce sont ses politiques qui fournissent les instruments pour agir sur les facteurs causatifs.

Le défi consiste donc à renforcer l'engagement de tous les partenaires en faveur de la réduction durable des inégalités sociales de la santé.

Cibles proposées :

Avec les partenaires intersectoriels

Axe 1

- Consolider la collaboration avec la Ville de Montréal, Centraide du Grand Montréal et les partenaires locaux, par le biais notamment des tables intersectorielles de développement social dans les quartiers et les arrondissements, et permettre aux citoyens d'en être pleinement acteurs.
- Appuyer l'adoption et la mise en œuvre des mesures et politiques publiques qui, dans tous les secteurs d'activités, renforcent la lutte à la pauvreté.
- Adopter une stratégie de développement durable en matière de sécurité alimentaire incluant tant des pratiques de production et de distribution alimentaires respectueuses de l'environnement que la surveillance des politiques sociales ou la transmission de savoir-faire par des cuisines collectives, des groupes d'achat, des jardins communautaires, etc. Miser sur l'engagement des acteurs concernés pour la réaliser : Ville, Conseil régional de développement de l'île de Montréal, Régie, Centraide du Grand Montréal, mouvement communautaire, réseau scolaire et de la recherche universitaire, CLSC.
- Stimuler la recherche et le débat entre les chercheurs, les décideurs, les intervenants et le public sur tous les enjeux liés aux inégalités sociales, au développement des communautés et à la santé en partenariat avec l'Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé.

Axe 2

L'intégration des mesures préventives efficaces dans les pratiques médicales et professionnelles

Objectif 2 :

Axe 2

Promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives

État de situation

Il est établi qu'une action de prévention est possible, efficace et rentable pour plusieurs problèmes de santé et de bien-être. Rappelons que le capital santé d'une population est hypothéqué par divers comportements que les individus adoptent, comme la consommation de tabac, la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires, les comportements sexuels à risque, l'usage de drogues et d'alcool.

Des maladies chroniques telles les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires et les cancers comptent parmi les causes les plus fréquentes de mortalité et de morbidité chez les hommes comme chez les femmes. Pourtant, des stratégies d'intervention auprès des individus et des milieux de vie permettraient de prévenir ces problèmes de santé.

Diverses stratégies sont utilisées par les cliniciens pour appliquer les pratiques préventives reconnues efficaces auprès des individus, par exemple : renforcer le développement des habiletés personnelles pour l'adoption de comportements favorables à la santé, encourager l'éducation à la santé et le counselling (ex. : l'abandon du tabac), faire le dépistage (ex. : cancer du sein) et offrir des mesures de protection (ex. : la vaccination). Notons qu'il faudra accorder plus d'importance à la prévention des problèmes psychosociaux. Il s'agit donc de déterminer avec les cliniciens, les stratégies qui favorisent le mieux l'intégration, l'implantation, et le maintien de mesures préventives.

La nécessité d'intégrer la prévention s'inscrit dans une perspective plus vaste de réorganisation des services de première ligne. Cette orientation, clairement énoncée dans les rapports récents sur les systèmes

12 Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux, *Les solutions émergentes, rapports et recommandations*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 410 pages, 2000.

13 Romanow, Roy, J. Canada : *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, Canada, 2002.

14 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Pour faire les bons choix, plan de la santé et des services sociaux*, 35 pages, 2002.

de santé (Commission Clair[12], Rapport Romanow[13], plan de relance du MSSS[14]), se concrétise dans de nouveaux modes d'organisation comme les groupes de médecine de famille.

Le défi consiste à outiller et à soutenir les omnipraticiens, les professionnels des CLSC ainsi que certains spécialistes pour renforcer le dépistage, l'éducation à la santé et des mesures de protection adaptées.

Cibles proposées :

Axe 2

Avec les partenaires de la santé

- ☐ ⊡ Poursuivre les activités de soutien visant à intégrer et à maintenir les mesures cliniques préventives dans les groupes de médecine de famille, ainsi que les autres types de pratiques, à l'aide d'outils cliniques (par ex. : sur les problèmes physiques et psychosocaux) conçus pour les patients, les infirmières et les médecins.
- ☐ ⊡ Poursuivre la formation et la diffusion d'information permettant le transfert des connaissances de mesures cliniques préventives destinées aux médecins par un programme du type *Prévention en pratique médicale*.
- ☐ ⊡ Consolider la formation visant le transfert des connaissances notamment la gestion préventive des maladies chroniques et des problèmes psychosocaux auprès des patients, des professionnels des CLSC et des médecins.
- ☐ ⊡ Poursuivre la prévention et la promotion auprès des équipes multidisciplinaires des CLSC par un programme du type *Au cœur de la vie*.

Axe 3

La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées

Objectif 3 :

Promouvoir le développement et l'adaptation sociale des tout-petits tout en favorisant le soutien des parents et l'amélioration des conditions de vie des familles

État de situation

Montréal compte 127 000 enfants entre 0 et 5 ans dont la grande majorité se développe normalement. Toutefois, le développement de certains d'entre eux peut être compromis en raison d'un contexte de vie peu propice : en effet, près de la moitié (44 %) vivent sous le seuil de faible revenu et un enfant de moins de 6 ans sur cinq vit dans une famille monoparentale.

Parmi les autres caractéristiques de Montréal, soulignons la forte population d'immigrants, dont l'impact sur la natalité est très marqué : de 1997 à 1999, 38 % des nouveau-nés avaient deux parents nés hors du Canada et 14 % un parent immigrant, pour un total de 52 %.

Chaque année à Montréal naissent un peu plus de 21 500 bébés. Une proportion non négligeable (6,3 %) naît prématurément (<37 semaines de gestation), et 8 % présentent un retard de croissance intra-utérine. Cette situation est plus fréquente chez les mères adolescentes ou celles vivant en milieu défavorisé ; plus de 900 bébés par an ont une mère âgée de moins de 20 ans, dont environ 270 ont moins de 18 ans.

En outre, la faible scolarité des mères (moins de 11 années) constitue un facteur de risque pour la santé du nourrisson (soit 16 % des mères en 1996-1998). D'un profil psychosocial semblable à celui des jeunes mères, les jeunes pères sont de même milieu socio-économique, ils ont quitté l'école et vivent de l'aide sociale ou occupent un emploi peu rémunérateur. Souvent, ils ont quitté la famille dans les deux premières années après la naissance de l'enfant. On sait aussi que les mères adolescentes ont tendance à ne pas impliquer les pères dans la décision de garder l'enfant et de participer à son éducation. Tous ces facteurs influent sur l'exercice du rôle parental ainsi que sur le développement des enfants.

À l'échelle du Québec, 11 à 16 % des enfants de 5 ans présenteraient des troubles de la parole et du langage. On estime aussi que 10 à 15 % des enfants d'âge préscolaire présentent des retards de développement.

Enfin, chez certains, ces problèmes se présentent plutôt sous la forme de comportements agressifs ou de retrait social. Pour plusieurs de ces enfants des problèmes d'apprentissage ou d'adaptation scolaire peuvent survenir si on n'intervient pas assez tôt et si on ne leur procure pas des environnements de vie stimulants.

Autre problème, la violence, la négligence envers les enfants et la violence conjugale qui menacent le bien-être et le développement des tout-petits. Environ 40 % des situations signalées aux Centres jeunesse pour les 0-5 ans n'ont pas été retenues pour une évaluation. De plus, les situations de mauvais traitements chez les tout-petits ne sont pas toutes connues. Ces enfants et ces familles ont cependant besoin d'aide pour éviter que la situation ne se détériore. Il reste que, de 1998 à 2000, 2 750 enfants montréalais de moins de 6 ans ont fait l'objet d'une intervention des Centres jeunesse pour de mauvais traitements, soit un taux annuel moyen de 21 sur 1 000.

Axe 3

Le défi consiste à améliorer et intégrer les programmes actuels en assurant aux mères, aux pères et aux enfants (0-5 ans) en situation de vulnérabilité (grande pauvreté, sous-scolarisation, jeune âge des mères, immigration récente) un soutien intensif. Il s'agit donc, d'une part, d'assurer le financement et les ressources pour déployer plus de services par le biais de programmes efficaces à large échelle, comme ***le Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance.***[15] *D'autre part, il faut poursuivre le travail avec les décideurs politiques et municipaux pour lutter contre la pauvreté.*

Cibles proposées :

Avec l'ensemble des partenaires

- Déployer *le Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance* dans les 29 territoires de CLSC, pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants vivant en contexte de grande pauvreté, tout en travaillant à intégrer ces programmes dans une perspective de santé globale.
- Travailler à l'amélioration des conditions de vie des familles — sécurité alimentaire, développement social, logement, accès au revenu, à l'éducation et à l'emploi —, en particulier avec les CLSC, la Ville, les organismes communautaires.
- Soutenir les pratiques cliniques préventives pour les médecins (ex : promotion de l'allaitement maternel, counselling sur les saines habitudes de vie — tabac et alcool, la stimulation précoce des tout-petits).

15 *Le programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance* est le programme amélioré résultant de l'intégration du programme *Naître égaux - grandir en santé* et du *programme de Soutien aux jeunes parents*, proposé par le MSSS depuis janvier 2003.

- ☐ ⊡ Favoriser des interventions en stimulation précoce (sur les plans moteur, langagier, cognitif et social) auprès des tout-petits en complémentarité avec les CLSC et les organismes communautaires et de concert avec les milieux de garde (programme de type Fluppy).
- ☐ ⊡ Soutenir la pratique de l'allaitement maternel, notamment en instaurant le réseau *Amis des bébés* dans les services de maternité des centres hospitaliers, des CLSC et des Maisons de naissance.
- ☐ Promouvoir l'engagement paternel et valoriser le rôle du père.
- ☐ Favoriser l'accessibilité aux programmes en petite enfance, et leur adaptation culturelle, dans des territoires de CLSC à forte concentration de nouveaux arrivants.

Axe 3

Objectif 4 :

Promouvoir le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes (6-25 ans) tout en favorisant le soutien des parents et la création de milieux propices au développement

État de situation

Les jeunes vivent un très grand nombre de transitions importantes dans un laps de temps très court, passant de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte en moins de 20 ans. L'intensité des changements sur tous les plans les rend plus à risque de vivre des difficultés. La plupart des jeunes ont la chance de vivre auprès de parents ou de personnes qui les aident à bien traverser ces étapes d'adaptation et d'intégration sociale. Néanmoins, certains parents se sentent démunis et ont l'impression de ne pas posséder les compétences nécessaires. En 1996, parmi les 6 à 17 ans, la proportion de ceux vivant sous le seuil de faible revenu passait de 29 % dans les familles biparentales à 65 % dans les familles monoparentales.

Les comportements agressifs et la violence à l'école constituent une manifestation parmi d'autres difficultés d'adaptation. D'après une étude récente dans des écoles secondaires francophones, 64 % des garçons et 54 % des filles déclarent avoir été victimes d'au moins une situation de violence de la part d'autres élèves pendant l'année scolaire.

Quant au décrochage scolaire, on observe que nombre de jeunes n'obtiennent pas leur diplôme d'études secondaires, se mettant ainsi dans une situation défavorable sur le plan de l'emploi. En effet, bien que le taux de sortie sans diplôme des moins de 20 ans a reculé de 33 à 30 % entre 1996 et 1999, près du tiers d'entre eux auront un départ plus difficile dans leur vie.

En outre, le taux de grossesse à l'adolescence est préoccupant : de 1993 à 1998, chez les moins de 20 ans, il était de 51,2/1000, soit beaucoup plus que pour l'ensemble du Québec (36,9/1000). Par ailleurs, de 1995 à 1998, on observe une hausse de la proportion des grossesses se terminant par une interruption volontaire, soit près des 2/3.

Également, en milieu urbain, la forte concentration de jeunes favorise l'affiliation à des groupes sur la base de l'âge, de la race ou des intérêts communs. Ceci peut être un facteur positif de soutien et d'intégration sociale, mais peut aussi favoriser la marginalisation, l'exclusion ou des dérives comme les gangs de rue, la consommation de drogues et d'alcool ou la prostitution. On estimait en 1996-1997 que 39 % de la clientèle des refuges et près de 31 % de celle des centres de jour et des soupes populaires était âgée de moins de 30 ans.

Axe 3

Une forte proportion de jeunes éprouvent des difficultés importantes ou vivent des situations de mauvais traitements. Selon les données récentes, près de 50 % des cas signalés chez les 6-17 ans ne sont pas retenus pour évaluation. Ces jeunes se retrouvent donc sans le soutien qui permettrait d'éviter que leur situation ne se détériore.

De 1998 à 2000, chaque année environ 2 770 jeunes de 6 à 11 ans ont fait l'objet d'une intervention des Centres jeunesse pour des troubles de comportement et 1 880 de 12 à 17 ans. Par ailleurs, selon les postes de police de quartier, les taux de délinquance juvénile varient entre sous-régions de 17 à 84 pour 1 000.

Notons enfin que près du tiers des 15 à 24 ans sont touchés par la détresse psychologique, une situation qui parfois se détériore et entraîne des idées suicidaires. Même si le taux de suicide est plus faible à Montréal que dans le reste du Québec, notons que 35 garçons et 7 filles pour 100 000 sont passés à l'acte entre 1996-1998. Les approches traditionnelles de soins de santé portent plus difficilement fruit auprès des jeunes.

Le défi consiste à implanter une approche différenciée selon le genre (garçon / fille), adaptée à la réalité multiculturelle et accessible pour les groupes marginalisés. Elle doit aussi inclure la prévention dans les pratiques cliniques. Bref, une approche concertée qui exige de créer des alliances entre les partenaires. La capacité de rejoindre les parents, le soutien aux partenaires locaux, ainsi qu'un financement approprié sont aussi des conditions de succès qui consolideront les approches intégrées déjà en expérimentation.

Cibles proposées :

Avec l'ensemble des partenaires

Réduire les problèmes d'adaptation sociale des jeunes

- ☐ ⊡ Implanter dans les 29 territoires de CLSC les plans locaux intersectoriels basés sur des stratégies de développement des compétences personnelles et sociales, d'accompagne-

ment intensif auprès des jeunes vulnérables, de soutien aux parents, et d'aménagement de milieux favorables à la santé et au bien-être.

- ☐ ⊡ En milieu scolaire, poursuivre, en collaboration avec les CLSC, l'implantation de programmes destinés aux jeunes et à leurs parents et visant la persévérance scolaire, la promotion de la santé mentale, l'adaptation aux phases de transition, le développement des compétences et la prévention de la violence et des jeux de hasard et d'argent (ex. : programmes de soutien scolaire, outils d'intervention de type *Le Sac à dos, Un double saut non périlleux, Contes sur moi, et VIRAJ, un programme qui vise la prévention de la violence dans les relations amoureuses,* etc.).

- ☐ Poursuivre l'implantation de programmes visant à développer l'employabilité, la participation et l'insertion sociale des jeunes (comme *Pères et insertion, Freiner la marginalisation,* etc.).

- ☐ Favoriser l'accessibilité et l'adaptation culturelle des programmes et des interventions à l'intention des jeunes immigrants.

Axe 3

Réduire les grossesses à l'adolescence

- ☐ ⊡ Établir et suivre le profil des grossesses à l'adolescence.

- ☐ ⊡ Améliorer l'accès à des services cliniques (ex. : Cliniques jeunesse), à la contraception orale d'urgence et à des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse.

- ☐ ⊡ Soutenir le développement de pratiques cliniques préventives (ex. : information et counselling en matière de sexualité).

- ☐ ⊡ Intensifier les approches intégrées de prévention.

Réduire le suicide

- ☐ ⊡ Établir et suivre le profil des suicides chez les jeunes de Montréal.

- ☐ ⊡ Poursuivre la concertation avec les partenaires régionaux (Table de concertation en prévention des suicides) en vue d'améliorer les pratiques cliniques préventives, comme les protocoles d'évaluation et de suivi des jeunes à risque.

Promouvoir des politiques publiques saines

- ☐ ⊡ Appuyer les actions d'influence, comme la promotion de lois et règlements pour restreindre l'accessibilité à l'alcool chez les moins de 18 ans.

Objectif 5 :

Prévenir la détresse psychologique et les problèmes de santé mentale chez les adultes

État de situation

À Montréal, 30 % des adultes déclarent vivre du stress, c'est le taux le plus élevé parmi d'autres grandes villes canadiennes. Plusieurs facteurs sont en cause, comme les événements difficiles dans la famille (séparation, divorce, décès), au travail (perte d'emploi, harcèlement, travail sous pression, absence d'autonomie), et dans l'environnement social (peu d'amis, difficultés d'intégration).

Axe 3

D'après une étude réalisée en 1998, 20 % des Montréalais se classaient dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique, ce qui est corroboré par une enquête publiée en 2002 indiquant que près d'un Montréalais sur cinq présente des manifestations de souffrance psychique. Enfin, bien que la proportion de la population présentant des risques de dépression demeure plus faible à Montréal (9 %) comparée aux autres grandes villes canadiennes, la situation mérite d'être considérée. En effet, la détresse psychologique est d'autant plus préoccupante qu'elle est souvent associée à une plus forte consommation de médicaments et à une utilisation plus grande des services de santé. Un niveau élevé de stress et de détresse est aussi associé à une consommation abusive d'alcool et de drogues. Finalement, des coûts indirects en termes d'incapacité, de perte de qualité de vie et de pertes économiques viennent hypothéquer davantage les personnes touchées.

La maladie mentale demeure encore un sujet tabou dans la population. La méconnaissance des signes et symptômes associés aux troubles mentaux limite grandement la capacité d'intervenir tôt, ce qui pourrait prévenir l'aggravation des symptômes. Outre la méconnaissance dans l'entourage des signes avant-coureurs, il y a aussi la réticence même des personnes en détresse à consulter les services cliniques spécialisés.

En effet, un trouble mental non traité risque de s'aggraver au cours des années, de devenir chronique et de s'accompagner de comorbidité[16] et c'est l'un des facteurs prédisposants au suicide. Or, Montréal enregistre le taux le plus élevé de suicide parmi les grandes régions urbaines du Canada, avec les taux les plus élevés chez les hommes de 35 à 54 ans ainsi que dans les sous-régions socio-économiquement défavorisées.

On sait que les aidants naturels ont un rôle essentiel de soutien auprès des personnes souffrant d'un problème de santé mentale. Une enquête a mis en lumière les dimensions négatives et positives de ce rôle et servira à ajuster les interventions pour mieux les soutenir.

16 On parle de comorbidité quand une personne souffre de plus d'un problème de santé.

L'ensemble des partenaires et la population doivent être mis à contribution pour diminuer les facteurs de stress qui contribuent à l'émergence ou à l'aggravation de ces problèmes

Le défi consiste à instaurer simultanément plusieurs stratégies d'action pour améliorer la santé mentale des adultes : mieux connaître les manifestations précoces des troubles et améliorer les pratiques cliniques préventives à l'endroit des personnes en détresse et des aidants familiaux en intégrant mieux la gamme complète des services (1re, 2e, 3e ligne) et en facilitant l'accès aux services aux populations immigrantes.

Cibles proposées :

Avec l'ensemble des partenaires

Réduire les troubles anxieux et dépressifs

Axe 3

- ☐ ⊡ Collaborer à la campagne de sensibilisation sur les troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans.
- ☐ ⊡ Favoriser le dépistage précoce et accroître les demandes d'aide grâce à des outils d'information et de sensibilisation pour la population ainsi que pour les intervenants du secteur de la santé, des services sociaux et du milieu communautaire.
- ☐ ⊡ Développer des interventions de prévention et de promotion en collaboration avec la filiale de Montréal de l'Association canadienne de santé mentale, les CLSC et les autres partenaires.
- ☐ ⊡ Soutenir les pratiques cliniques préventives efficaces par des activités et des outils de formation et d'information.

Réduire le suicide

- ☐ ⊡ Mettre à jour régulièrement l'état de situation des suicides afin de soutenir la mise en œuvre du plan d'action régional en prévention.
- ☐ ⊡ Collaborer au développement d'activités préventives avec les partenaires intersectoriels.
- ☐ ⊡ Soutenir les pratiques cliniques préventives (ex. : reconnaissance des signes avant-coureurs).
- ☐ ⊡ Collaborer à réduire l'accès à des moyens de suicide et à améliorer la prise en charge et le suivi des personnes suicidaires par la concertation intersectorielle amorcée avec le groupe de travail sur la prévention du suicide au pont Jacques-Cartier.

Objectif 6 :

Créer des conditions favorables à la santé, au bien-être, à l'intégration et à la participation sociale des personnes âgées

État de situation

Axe 3

À Montréal, où la proportion d'aînés est plus forte que dans les autres centres urbains au Canada, une personne de 65 ans peut espérer vivre encore 13 ans sans incapacité. Avec l'âge de la retraite qui a tendance à diminuer, cette période de la vie est davantage envisagée comme permettant un plus grand engagement familial, social et communautaire ou l'occasion de réalisations personnelles, d'autant plus pour ceux qui disposent de ressources (éducation, revenus).

Toutefois, des événements peuvent compromettre cet avenir, comme le deuil d'un conjoint, avec ses répercussions émotionnelles, relationnelles et économiques. La surmortalité masculine rend les femmes plus vulnérables à cet égard : à 65 ans, 45 % d'entre elles vivent seules et, en plus, après 75 ans, près de la moitié vivent sous le seuil de faible revenu. Les incapacités liées à la mobilité physique constituent aussi une contrainte : une personne sur cinq en est affectée entre 65 et 74 ans, et une sur trois entre 75 et 84 ans. L'adaptation des environnements apparaît la mesure essentielle pour faciliter l'accès aux ressources, retarder la perte d'autonomie et préserver l'intégration sociale des aînés, d'autant plus qu'en très grande majorité ils vivent à domicile jusqu'à un âge avancé (96 % des 65-74 ans et 89 % des 75-84 ans). Bien qu'il soit difficile de faire un diagnostic précis quant au niveau d'adaptation des environnements, certains obstacles sont bien identifiés (ex. : l'accès au transport public pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles, la disponibilité de logements abordables et adaptés, etc.).

En matière de santé mentale, de récentes données (2002) révèlent un paradoxe : les personnes âgées consomment plus de psychotropes que les autres groupes d'âge bien que la prévalence des problèmes de santé mentale y soit plus faible. De nombreuses études signalent toutefois que la dépression chez les aînés serait sous-diagnostiquée. Face à ces informations en apparence contradictoires, de nouvelles recherches sont nécessaires pour bien comprendre les liens entre les problèmes de santé mentale chez les aînés et les médications qui leur sont prescrites.

Pour les aînés plus vulnérables en perte d'autonomie, le soutien des proches est essentiel à leur bien-être et à leur maintien dans la communauté. Les aidants familiaux offrent environ 80 % de l'aide et des soins requis par ces aînés, ce qui peut avoir des répercussions négatives : on observe en effet chez les aidants une surmortalité et des taux de dépression plus élevés et, parfois, leur épuisement entraîne même des situations d'abus et de négligence à l'égard de la personne dépendante.

Selon une étude récente, on compte un peu moins de 10 % des personnes âgées victimes de violence (psychologique, physique, exploitation financière). La proportion serait plus élevée parmi la clientèle de maintien à domicile (jusqu'à 18 %) et les agresseurs se retrouvent souvent parmi les proches (conjoints et enfants). Quelques CLSC ont déjà instauré des programmes de prévention des abus et de la négligence pour cette clientèle.

Les défis sont de deux ordres : renforcer le soutien aux aidants et améliorer nos connaissances liées aux problèmes de santé mentale, en particulier l'utilisation de la médication. Améliorer nos connaissances de la dépression, des facteurs de risque, des interventions efficaces et de l'utilisation des psychotropes permettra en outre d'identifier les interventions préventives. Les situations d'abus posent à la fois des défis de dépistage et de formation aux intervenants. Enfin, l'adaptation des environnements constitue une mesure cruciale pour retarder la perte d'autonomie et favoriser la participation sociale des aînés.

Axe 3

Cibles proposées :

Avec l'ensemble des partenaires

Favoriser l'intégration et la participation sociale des aînés et retarder la perte d'autonomie par l'adaptation des environnements

- Documenter la qualité des environnements et leur adéquation aux besoins des aînés notamment par le développement d'outils.
- Soutenir le développement et la mise en œuvre d'un plan d'action favorisant une meilleure adaptation des environnements (par exemple, l'accès au transport, aux loisirs, à la culture, à l'information, etc.). Ce plan d'action est piloté par la Table de concertation des aînés de Montréal en collaboration étroite avec la Ville et d'autres partenaires.

Réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des aînés

- Intensifier les stratégies de dépistage et de référence, tant par le biais des demandes au programme de soutien à domicile que par Info-Santé CLSC et par les programmes de maintien dans la communauté. À cette fin : participer au développement de protocoles d'intervention pour le dépistage et le suivi ; participer à la formation des intervenants de maintien à domicile de tous les CLSC ; soutenir la mise en place d'un réseau de référence pour la région ; adapter les programmes aux populations immigrantes.

Soutenir les aidants familiaux des aînés en perte d'autonomie

- ⌑ Soutenir le plan d'organisation régional des services pour les aidants en mettant en place, notamment des services de répit, d'intervention de groupe et de counselling individuel, s'appuyant sur l'augmentation des services de soutien à domicile.

Avec les partenaires de la santé

Augmenter la proportion d'aînés en bonne santé mentale et réduire la consommation de psychotropes

- ☐ ⊡ Poursuivre l'analyse de l'Enquête de santé mentale auprès des Montréalais pour la clientèle de 65 ans et plus afin de mieux comprendre la problématique des troubles anxieux et dépressifs et celle de l'utilisation des psychotropes.
- ☐ ⊡ Documenter les facteurs associés à la dépression et les interventions préventives efficaces à implanter (prévention primaire et secondaire).

Axe 3

Axe 4

La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable

Objectif 7 :

Réduire le tabagisme

État de situation

Environ 3 000 Montréalais et Montréalaises meurent chaque année de maladies causées par les produits du tabac (cancers, maladies cardio-vasculaires ou pulmonaires). C'est quatre à cinq fois plus que les décès causés par les accidents de la route, les suicides, les meurtres, le SIDA et la consommation illicite de stupéfiants. Parmi les personnes qui fument à l'âge de 20 ans, une sur deux mourra de cette dépendance, perdant en moyenne 15 ans de vie. De plus, les conséquences de la fumée sur la santé des non-fumeurs sont connues depuis plusieurs années.

Bien que la population soit de plus en plus informée des effets néfastes du tabac, la dépendance fait que plus de 400 000 Montréalais âgés de 12 ans et plus en faisaient usage en 2001. Environ un adolescent de 12 à 19 ans sur cinq fumerait chaque jour ou à l'occasion, les filles plus que les garçons. Le tabagisme est davantage présent chez les jeunes adultes, les personnes seules ou à la tête d'une famille monoparentale à faible revenu.

Malgré l'ampleur du phénomène, on observe depuis cinq ans une baisse de l'usage du tabac tant au Québec qu'à l'échelle régionale. De nombreuses interventions ont contribué à cette réduction, soit : une hausse marquée du financement gouvernemental pour les actions de santé publique, l'adoption de la Loi sur le tabac en juin 1998, des campagnes médiatiques d'envergure nationale, des hausses de taxes sur les produits et l'inscription au régime d'assurance médicaments des aides pharmacologiques pour cesser de fumer.

De plus, plusieurs actions sont venues compléter les interventions à l'échelle nationale, comme des activités de communication, des projets ciblant le milieu scolaire, les médecins et les entreprises ainsi que des activités de recherche.

Il est largement reconnu que, pour réduire le tabagisme un programme écologique coordonné est essentiel. Il s'agit là d'un ensemble d'interventions se renforçant les unes les autres et visant diverses cibles

dans divers milieux qui ont pour objectif de modifier les normes sociales, de prévenir la dépendance chez les jeunes, d'aider les fumeurs à cesser de fumer et de protéger les non-fumeurs. Il faut aussi porter une attention particulière aux groupes les plus à risque, comme les personnes défavorisées et les jeunes.

Chez les jeunes, cependant, on constate que les actions entreprises pour prévenir ou réduire le tabagisme posent des défis importants. En effet, des mesures mal adaptées non seulement produisent peu d'effets, mais ont parfois des effets inverses.

Le défi consiste à développer et à mettre en oeuvre des stratégies efficaces de prévention du tabagisme chez les jeunes et d'insérer cette problématique à l'agenda des responsables de l'éducation.

Cibles proposées :

Avec les partenaires intersectoriels

- ☐ Développer en collaboration avec le partenaire municipal un projet visant à faire de Montréal une ville sans fumée.

Axe 4

- ☐ ⊡ Développer des interventions efficaces auprès des jeunes, en collaboration avec les milieux de la recherche, scolaire et communautaire.
- ☐ ⊡ Poursuivre le projet d'abandon du tabagisme auprès des étudiants de niveau collégial.
- ☐ ⊡ Développer des activités de communication incitant au non-usage du tabac, notamment par le programme *Défi, j'arrête, j'y gagne*.

Avec les partenaires de la santé

- ☐ ⊡ Suivre l'évolution du tabagisme à l'échelle régionale et sous-régionale.
- ☐ ⊡ Soutenir les médecins afin qu'ils intègrent à leurs pratiques le counselling en cessation et prévention.
- ☐ ⊡ Mettre en place une dizaine de centres d'abandon du tabagisme dans les CLSC, dans le cadre du Programme québécois d'abandon du tabagisme.
- ☐ Poursuivre la recherche identifiant les facteurs de risque d'acquérir la dépendance à la nicotine chez les jeunes.

Objectif 8 :

Favoriser une saine alimentation et la pratique de l'activité physique

État de situation

On peut améliorer grandement sa santé et sa qualité de vie grâce à l'ajout d'une dose modérée d'activité physique dans son quotidien et par de saines habitudes alimentaires. On observe cependant que moins d'un Montréalais sur deux consomme au moins cinq portions de légumes et fruits par jour. Le nombre de personnes inactives, déjà très élevé, tend à augmenter : entre 1992-1993 et 1998, une personne sur deux était inactive chez les 15 ans et plus tandis qu'en 2001, on compte trois personnes sur cinq inactives chez les 12 ans et plus. Ce problème augmente avec l'âge et culmine chez les plus de 65 ans. La sédentarité conjuguée à une mauvaise alimentation mène souvent à un excès de poids : à Montréal, 25 % des 15 ans et plus font face à ce problème. Il y a donc urgence et il faut intervenir. L'obésité, le diabète, l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires, le cancer sont autant de maladies chroniques découlant de la sédentarité et d'une mauvaise alimentation.

Axe 4

On sait à présent que l'intervention axée sur les environnements est beaucoup plus efficace que les approches traditionnelles pour influencer les comportements. Il s'agit par exemple de structures physiques incitatives (aménagements encourageant la marche, pistes cyclables), de la disponibilité de produits santé (machines distributrices et cafétérias), de structures politiques et sociales (politique alimentaire en milieu scolaire, politique favorisant l'activité physique au travail) et des stratégies à grande échelle et d'autres ciblant des communautés culturelles.

D'une part, avec la population qui vieillit, il devient crucial de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie fonctionnelle des aînés et de prévenir les chutes en facilitant la pratique sécuritaire d'activités physiques. D'autre part, il faut s'intéresser aux jeunes, vu l'obésité croissante et leur peu d'intérêt pour l'activité physique.

Le défi réside dans la promotion et l'implantation de politiques concertées avec les partenaires pour sensibiliser la population, augmenter la pratique de l'activité physique et acquérir des saines habitudes alimentaires.

Cibles proposées :

Avec les partenaires intersectoriels

- ☐ ⊡ Soutenir la création d'environnements favorisant la pratique d'activités physiques chez les jeunes avec les commissions scolaires, les organismes de sport étudiant, les organismes communautaires jeunesse, avec des programmes de type *Québec en forme* et *Chez nous, on bouge tous ensemble*.

- ☐ Développer un programme de recherche pour évaluer l'influence des médias sur les normes sociales et les habitudes de vie en collaboration avec, entre autres, les universités.
- ☐ ⊡ Développer un projet avec la Ville pour mieux connaître les caractéristiques de l'aménagement urbain exerçant une influence sur l'activité physique.
- ☐ Collaborer à un projet de recherche sur les caractéristiques incitatives et défavorables à la marche pour les aînés : cadre bâti, interconnexion des rues, sécurité de l'environnement, etc.
- ☐ ⊡ Promouvoir la pratique de l'activité physique chez les aînés en accentuant les activités de communication incitatives.
- ☐ ⊡ Promouvoir la disponibilité et l'accessibilité à des aliments sains dans l'industrie des services alimentaires, notamment pour favoriser la consommation quotidienne d'au moins cinq portions de fruits et légumes en milieu de travail.

Axe 4

Objectif 9 :

Lutter contre le cancer

État de situation

Le cancer, deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires, est responsable de 30 % des décès dans les pays industrialisés. En 2001 seulement, on a estimé que 34 242 personnes en seraient atteintes au Québec et que 17 394 personnes en décèderaient.

En 1998, le ministère de la Santé lançait le *Programme de lutte contre le cancer* qui conférait aux Régies régionales le mandat d'implanter un réseau intégré de lutte contre le cancer. Le programme, qui vise à rapprocher les services le plus près des gens, tout en concentrant l'expertise dans des centres spécialisés, inclut tous les volets depuis la promotion de la santé jusqu'aux soins de fin de vie.

En outre, le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) a été implanté à Montréal en 1998, avec son centre de coordination à la Direction de santé publique. Bien que la proportion de femmes qui passent une mammographie a augmenté depuis 1987, le taux actuel de recrutement au programme de dépistage du cancer du sein est de 32,2 %, un des plus faibles taux au Québec.

Depuis janvier 2002, les groupes communautaires, les CLSC, les centres de dépistage et de diagnostic et les centres de référence se sont concertés pour élaborer des stratégies qui augmentent la participation

des femmes. Enfin, il faut soutenir les pratiques cliniques préventives par des outils cliniques et des activités de formation visant à mieux intégrer le dépistage dans les pratiques médicales et professionnelles.

Par ailleurs, on éviterait la grande majorité des cancers du col de l'utérus si toutes les femmes à risque passaient le test de dépistage (test Pap). La Colombie-Britannique, l'Ontario, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et l'Alberta ont mis sur pied un programme systématique de dépistage de ce cancer, le deuxième en fréquence dans le monde. Au Québec, Montréal pourrait servir de territoire pilote pour la démonstration d'un tel programme.

Le défi consiste à coordonner, à suivre et à évaluer l'ensemble des actions du programme de lutte au cancer et, en particulier, à augmenter le recrutement au programme de dépistage du cancer du sein et à soutenir financièrement la consolidation de ces programmes.

Cibles proposées :

Avec les partenaires de la santé

Consolider la participation au Programme régional de lutte contre le cancer

Axe 4

- ☐ Mettre en place un registre régional des tumeurs.
- ☐ Collaborer au dépistage, au soutien et à l'amélioration de la qualité de vie ainsi qu'à l'évaluation des services dans trois champs : le cancer du côlon et du rectum, les soins de fin de vie, et les soins de soutien et psychosociaux.
- ☐ Déterminer les causes de l'excès de 25 % de mortalité par cancer du côlon et du rectum observé à Montréal par rapport aux taux canadiens ; déterminer la survie à 5 ans selon les stades de la maladie et les traitements de 1re ligne ; établir l'influence du statut socio-économique sur la mortalité par cancer du côlon.
- ☐ Étudier le pourcentage de décès à domicile des personnes atteintes du cancer en rapport avec les facteurs socio-économiques ; dresser le portrait de l'utilisation des services hospitaliers afin d'évaluer en particulier la durée de séjour dans les unités de soins spécialisés autres que les soins palliatifs ; mettre en place les composantes pour la surveillance et l'évaluation des services aux malades en fin de vie.
- ☐ Analyser les pratiques des centres hospitaliers, des CLSC et des organismes communautaires en matière de services de soutien et de services psychosociaux, évaluer les écarts avec les normes canadiennes et identifier les stratégies pour améliorer les services aux personnes atteintes et à leurs proches ; documenter les besoins de soutien et psychosociaux des personnes atteintes et de leurs proches.

Consolider les assises du Programme régional de dépistage du cancer du sein

- ⊡ Évaluer la mise en œuvre du Programme (fonctionnement des centres de dépistage et des centres de référence ; satisfaction ; accessibilité aux personnes handicapées) ; déterminer les raisons expliquant le faible taux de participation ; et développer des mécanismes d'assurance de la qualité.
- ⊡ Augmenter la participation des femmes de 32 à 70 % par des interventions pour rejoindre celles qui n'y participent pas (programmes d'information et d'éducation des intervenants et de la population).

Élaborer un projet de démonstration pour le dépistage du cancer du col utérin

- Élaborer un projet de démonstration régional pour établir un programme de dépistage systématique du cancer du col utérin à l'échelle provinciale.

Axe 4

- ⊡ **Soutenir les pratiques cliniques préventives auprès des omnipraticiens et des spécialistes en développant des outils cliniques et par la formation continue.**

Objectif 10 :

Réduire les problèmes de santé dentaire

État de situation

Au cours des 15 dernières années, la santé dentaire s'est nettement améliorée, avec une baisse de la carie chez les enfants de tous âges ainsi qu'une diminution de l'édentation complète chez l'adulte. Malgré tout, il demeure des disparités marquées. Au Québec, en 1998-1999, on observe que 24 % des enfants de maternelle cumulent 90 % des caries en dentition primaire. On note également, pour leurs familles, des revenus ainsi que des niveaux de scolarité nettement moins élevés. Le même phénomène s'observe pour les enfants du primaire et du secondaire. Bien qu'il existe des moyens efficaces pour traiter la carie dentaire, l'utilisation des services dentaires chez ces populations plus affectées est beaucoup moins élevée.

Puisque la carie dentaire peut avoir des conséquences (édentation, mauvaise occlusion, maladies parodontales, problèmes articulaires, élocution, estime de soi) et que plus de 40 % des enfants de maternelle en sont affectés, l'intervention en amont est des plus pertinentes. Contrairement aux soins médicaux, les services dentaires assurés par

le gouvernement touchent très peu de gens, soit les prestataires de la sécurité du revenu ainsi que les enfants de moins de 10 ans pour qui, seuls les soins curatifs sont assurés. Après l'âge de 65 ans, il n'existe pratiquement plus aucun programme public d'assurance dentaire. Enfin, on constate que les Montréalais fréquentent moins le dentiste que les résidents des autres villes canadiennes.

Il revient donc au réseau de santé publique de maintenir les activités d'éducation, d'assurer la mise en œuvre et le soutien des mesures préventives en santé buccodentaire (fluoruration des eaux de consommation, application topique de fluorures, utilisation du dentifrice, application d'agents de scellement dentaire). Des interventions sont en cours pour la promotion de la fluoruration de l'eau, notamment auprès des autorités municipales.

Le défi consiste à trouver des solutions pour contrer les inégalités qui s'accentuent en matière de santé dentaire chez les jeunes, les personnes âgées et la population en général.

Cibles proposées :

Axe 4

Avec les partenaires intersectoriels

- ☐ ⊡ Promouvoir et implanter la fluoruration des eaux de consommation de Montréal.
- ☐ ⊡ Promouvoir auprès de la population l'adoption de comportements favorisant la santé dentaire.

Avec les partenaires de la santé

- ☐ ⊡ Consolider les activités du *Programme public de services dentaires préventifs* auprès des 0 à 12 ans, assurer un suivi rigoureux, et favoriser son évolution en fonction de l'état de santé buccodentaire des écoliers.
- ☐ ⊡ Intensifier en CLSC les activités de ce programme par l'intégration graduelle de l'application d'agents de scellement dentaire auprès des jeunes de 5 à 15 ans.
- ☐ ⊡ Consolider les pratiques cliniques préventives auprès des professionnels de la santé.
- ☐ Implanter un programme d'hygiène buccodentaire adapté aux personnes âgées en perte d'autonomie.
- ☐ Établir un plan régional d'organisation visant à faire correspondre l'offre des services dentaires aux besoins de la population en privilégiant les individus et les familles à faible revenu.
- ☐ Poursuivre l'analyse des données en santé buccodentaire de *l'Étude longitudinale des enfants du Québec* afin de mieux comprendre les déterminants d'une bonne santé dentaire chez les 0 à 5 ans.

Objectif 1.1 :

Réduire les traumatismes par la promotion de mesures préventives

État de situation

Ce que les médias appellent couramment les accidents porte le nom de « traumatismes non intentionnels » dans le domaine de la santé publique. On cherche ainsi à contrer l'idée populaire voulant que les blessures surviennent dans des circonstances « accidentelles » dues au hasard et que l'on ne peut prévenir.

Les traumatismes non intentionnels constituent la première cause de décès chez les enfants, une importante cause de consultations médicales à tous les âges et une cause majeure d'hospitalisation chez les aînés. Ces blessures dites accidentelles sont responsables de plus de la moitié des décès des enfants et des jeunes et de 10 300 hospitalisations de Montréalais, soit 7 % des cas d'hospitalisation, toutes causes confondues.

Axe 4

Dans la région, la mortalité par blessures non intentionnelles est stable depuis cinq ans et les taux de mortalité sont inférieurs ou semblables à ceux de l'ensemble du Québec, sauf pour les piétons, chez qui elle est de 25 % supérieure : 36 piétons meurent par an, dont 5 de moins de 15 ans et 10 de plus de 75 ans. Par ailleurs, la mortalité à la suite d'une chute chez les personnes âgées de 75 ans et plus a tendance à augmenter.

Au cours des cinq dernières années, les actions ont porté sur les traumatismes routiers (ex. : brigadier scolaire, comportement des piétons), les chutes chez les adultes âgés (ex. : développement et évaluation d'un programme de prévention des chutes en milieu communautaire–PIED), les blessures chez les enfants (ex. : sécurité des appareils de jeu, blessures des tout-petits à domicile).

Les défis consistent à mener des actions concertées visant notamment à réduire les traumatismes chez les piétons, à intégrer la prévention des blessures dans les programmes destinés aux tout-petits et à soutenir des programmes visant à réduire le risque de chute chez les aînés. Il faut aussi améliorer les données afin de mieux soutenir la prise de décision.

Cibles proposées :

Avec l'ensemble des partenaires

Traumatismes routiers

- Développer des indicateurs sanitaires pour mieux informer les partenaires et la population des risques de la voie publique (ex. : pour les piétons, les cyclistes).

☐ ⊡ Documenter et promouvoir des mesures de contrôle de la circulation et d'aménagement sécuritaire des intersections (interdiction du virage à droite au feu rouge, respect et efficacité de la signalisation aux intersections, etc.).

☐ ⊡ Promouvoir auprès des partenaires municipaux et d'autres acteurs des mesures de sécurité contribuant à réduire les blessures.

Avec les partenaires de la santé

Réduire les chutes chez les adultes âgés

☐ ⊡ Soutenir les pratiques en matière de prévention des chutes auprès des milieux communautaires et cliniques (CLSC, groupes de médecine de famille).

☐ ⊡ Développer les connaissances sur l'équilibre et les chutes et en informer les partenaires de la santé et du milieu communautaire.

☐ ⊡ Poursuivre le déploiement de mesures de prévention des chutes (équilibre, logement), comme le Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (PIED), à l'ensemble des territoires de CLSC et assurer la formation des intervenants.

Axe 4

Réduire les blessures chez les enfants

☐ ⊡ Intégrer des activités de prévention des blessures dans les programmes destinés aux tout-petits (comme *le Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance*).

Axe 5

La prévention et la vigie sanitaire concertées des menaces réelles ou appréhendées dues à des agents biologiques, chimiques ou physiques

Objectif 12 :

Prévenir les maladies infectieuses, protéger la population et promouvoir les comportements sains et sécuritaires.

État de situation

Malgré les nouveaux vaccins et les antimicrobiens, la lutte contre les maladies infectieuses n'est pas gagnée. La vigilance doit demeurer constante pour agir efficacement devant une menace réelle ou appréhendée causée par des agents biologiques. C'est pourquoi des infections et maladies dites « à déclaration obligatoire » font l'objet d'une vigie sanitaire.

Axe 5

Pour les maladies évitables par vaccination, il importe de conserver nos acquis en termes de réduction d'incidence, de morbidité[17], et de mortalité. La population et les vaccinateurs doivent conserver un haut niveau de confiance envers les programmes de vaccination afin d'assurer des taux optimaux de couverture vaccinale surtout dans les groupes à risque (groupes défavorisés, certaines communautés culturelles, hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisateurs de drogues injectables [UDI]). Globalement, 60 % des enfants sont vaccinés en cabinet privé, 30 % en CLSC et 10 % en milieu hospitalier. Il importe d'élargir l'accès en dehors des jours ouvrables pour permettre la vaccination aux cliniques sans rendez-vous et soutenir les médecins et les infirmières dans leur pratique.

Pour l'influenza, la morbidité et la mortalité seraient réduites par une amélioration vigoureuse des taux de couverture vaccinale chez les personnes âgées, celles atteintes de maladies chroniques vivant dans la communauté, et chez le personnel soignant.

Quant aux infections causées par des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques acquises en milieu de soins, vu leur potentiel élevé de transmission, une action est essentielle. Ces infections prennent de plus en plus d'importance dans le contexte du virage ambulatoire et des soins à domicile puisqu'elles ont de graves conséquences en termes de

17 Taux de morbidité : nombre de personnes atteintes par une maladie.

morbidité et de mortalité. Il s'agit donc de poursuivre et d'intensifier les mesures pour prévenir et contrôler, en milieu de soins, la propagation de ces infections.

Du côté des infections transmises sexuellement (ITS), la grande majorité des cas au Québec se retrouve à Montréal. Les cas d'infections connaissent une forte hausse : 50 % de plus de nouveaux cas de chlamydia et de gonorrhée en 2001 qu'en 1998. Les populations vulnérables présentent souvent un cumul de risques (prostitution, itinérance, toxicomanie, etc.) rendant l'intervention d'autant plus complexe et nécessaire.

La hausse des ITS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, combinée avec une banalisation de l'infection au VIH/sida et un relâchement des comportements sécuritaires laissent craindre une résurgence de l'épidémie du VIH. La transmission de l'hépatite C au sein de la population des usagers de drogues injectables se poursuit à un rythme rapide. Étant donné que l'infection par le virus de l'hépatite C est élevée au sein de cette population et que les activités de prévention du VIH paraissent n'avoir pas ralenti la transmission de l'hépatite C, le nombre de personnes infectées par le virus de l'hépatite C continuera d'augmenter. Il importe donc d'intensifier la prévention des infections transmises sexuellement et par le sang. L'intervention de proximité permettant de rejoindre davantage les clientèles vulnérables demeure un enjeu important de même que l'amélioration de l'accessibilité au continuum de services.

Pour ce qui est de la tuberculose, elle se présente surtout dans les territoires de CLSC (St-Michel, Côte-des-Neiges, Métro) où résident une forte proportion d'immigrants provenant de pays où la tuberculose est endémique. Heureusement, les souches résistantes aux antibiotiques demeurent très faibles à Montréal. Cependant, le CLSC des Faubourgs a une concentration de services pour les personnes porteuses du VIH et des personnes sans domicile fixe et on sait que l'incidence de la tuberculose chez ces sous-groupes est plus élevée.

Le réseau de santé montréalais, en lien avec ses partenaires (MAPAQ, policiers, milieu scolaire, garderies, Ville, centres hospitaliers), doit se donner les moyens d'identifier rapidement toute situation susceptible de mener à la propagation de maladies infectieuses. Il doit être prêt à intervenir pour recueillir les informations nécessaires à l'enquête épidémiologique, obtenir les analyses de laboratoire, fournir l'information aux personnes potentiellement exposées et offrir dans les délais requis les mesures de contrôle. Cette tâche exige notamment des services de post-exposition qui offrent les soins, le suivi et les conseils d'usage.

Finalement, en collaboration avec les partenaires, il faut orchestrer la promotion des comportements sains et sécuritaires dans le milieu scolaire et auprès des groupes vulnérables et marginalisés.

Le défi réside dans une action planifiée, concertée et mobilisatrice. Il faut être prêt, en tout temps, à faire face aux situations urgentes, habituelles ou exceptionnelles, pouvant avoir un impact sociosanitaire, organisationnel ou économique majeur. Il faut aussi intensifier nos efforts de prévention et de promotion des comportements sécuritaires visant à réduire les infections transmissibles sexuellement ou par le sang et améliorer l'accessibilité au continuum de services pour les populations vulnérables.

Cibles proposées :

Infections transmissibles sexuellement ou par le sang

Avec les partenaires de la santé

Assurer une connaissance/surveillance des infections transmissibles sexuellement, du VIH-SIDA et de l'hépatite C

- ☐ ⊡ Maintenir les activités de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, du VIH et de l'hépatite C et les études sur les déterminants en lien avec les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ex. : étude du passage à l'injection, comportements à risque chez les personnes séropositives).

Soutenir l'offre de services préventifs visant les infections transmissibles sexuellement ou par le sang pour les clientèles les plus vulnérables

Axe 5

- ☐ ⊡ Soutenir le développement des services de prévention des infections transmissibles sexuellement ou par le sang en CLSC pour les clientèles suivantes : usagers de drogues par injection, jeunes de la rue, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, communautés autochtones et populations en provenance de pays où les infections transmissibles sexuellement ou par le sang sont endémiques.
- ☐ ⊡ Développer et consolider l'intervention clinique dans la rue auprès de groupes vulnérables, surtout les jeunes de la rue et les usagers de drogues par injection, selon le territoire de CLSC.
- ☐ Consolider l'adaptation des services préventifs pour les usagers de drogues par injection en CLSC dans les sous-régions les plus à risque, nord-centre et sud-ouest, en développant des services pour eux dans 14 CLSC plutôt que neuf.
- ☐ ⊡ Améliorer l'accessibilité au matériel de protection contre les infections transmissibles sexuellement ou par le sang auprès des groupes vulnérables.
- ☐ Améliorer la coordination entre les services communautaires et la 1re ligne afin d'assurer une meilleure continuité.

- Participer avec des instances nationales dans la mise en place d'un système intégré de surveillance des risques liés à la transfusion et la transplantation.
- Soutenir les organismes communautaires dans leurs activités en rapport avec la *Stratégie québécoise sur les infections transmissibles sexuellement ou par le sang*.
- ⊡ Lancer quatre nouveaux programmes communautaires d'échange de seringues dans les territoires suivants : Plateau Mont-Royal/Saint-Louis-du-Parc, Verdun/Côte-Saint-Paul, Saint–Henri, Côte-des-Neiges/Notre-Dame-de-Grâce).

Assurer la notification aux partenaires pour tous les cas d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang identifiés comme prioritaires

- ⊡ Consolider un service régional et faire la promotion auprès de la clientèle dans divers milieux cliniques.

Promotion des comportements préventifs

- ⊡ Promouvoir auprès des populations vulnérables et des jeunes en général des comportements préventifs à l'égard des infections transmissibles sexuellement ou par le sang incluant, selon le groupe visé, une sexualité responsable, l'injection à risques réduits, le dépistage et la vaccination.

Développer, expérimenter et évaluer des modèles d'intervention adaptés aux nouvelles réalités

Axe 5

Maladies transmissibles incluant la tuberculose

Avec les partenaires de la santé

Protection de la santé de la population en cas de menaces réelles ou appréhendées

- ⊡ Investiguer les cas, prévenir les autres cas et contrôler les éclosions (maladies à déclaration obligatoire, signalements, manifestations cliniques liées à la vaccination) et recommander les mesures nécessaires de contrôle aux autres juridictions par suite d'une enquête épidémiologique (par exemple, eau potable, aliments, animaux, armes biologiques).
- ⊡ Assurer le maintien d'un système régional de garde en maladies infectieuses (24/7) et en faire la promotion auprès des professionnels.
- ⊡ Désigner un service clinique de post-exposition en 1re ligne pour l'évaluation, le suivi et la prise en charge des cas et des contacts dans chacune des six sous-régions.

- [ ] Compléter et consolider un plan d'urgences en maladies infectieuses et un plan de mobilisation coordonnés avec les partenaires régionaux et nationaux, en particulier pour la tuberculose, l'influenza et le bioterrorisme.
- [ ] Assurer la détection précoce, la prise en charge et le suivi jusqu'à la fin du traitement de tous les cas de tuberculose incluant les nouveaux immigrants.
- [ ] Assurer l'évaluation initiale, le traitement et le suivi de tous les cas de tuberculose inactive chez les nouveaux immigrants.
- [ ] Mettre en place des programmes de contrôle de la tuberculose dans les milieux à haut risque (refuges pour sans-abri, centres de détention...).

Promotion des comportements préventifs

- [ ] Consolider la couverture vaccinale chez les enfants par le maintien de l'application du Programme québécois d'immunisation de base.
- [ ] Augmenter les heures d'accès aux services médicaux et de vaccination (consultations sans rendez-vous, ouverture en soirée et les fins de semaine) en CLSC.
- [ ] Améliorer la couverture vaccinale auprès des clientèles suivantes : bébés nés de mères porteuses du virus de l'hépatite B ou de parents provenant de zones endémiques ; usagers de drogues injectables (hépatites A et B) ; hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (hépatites A et B) ; voyageurs allant dans les pays en développement ; parents en instance d'adoption internationale ; enfants de certaines communautés culturelles (hépatite A) ; groupes à risque pour la vaccination contre le pneumocoque et l'influenza ; parturientes séronégatives avant leur congé de l'hôpital (rubéole).

Axe 5

- [ ] Diffuser une information appropriée concernant la vaccination auprès des parents de jeunes enfants et des vaccinateurs.
- [ ] Informer la population sur les risques d'exposition à certains agents infectieux comme le virus de la rage et le virus du Nil occidental.

Vigie sanitaire en cas de menace à la santé

- [ ] Collaborer à mettre en place un système d'information vaccinale en partenariat avec les médecins et les CLSC.
- [ ] Exercer une vigie des effets secondaires des produits immunisants, des maladies en émergence, de l'activité grippale, des facteurs de risque des hépatites A et B.

- ☐ ⊡ Exercer une vigie des infections nosocomiales (acquises à l'hôpital) par la promotion et la diffusion des signalements d'éclosions de pathogènes résistants aux antibiotiques auprès des CH, des CLSC, des CHSLD et autres directions de santé publique.
- ☐ ⊡ Exercer une vigie sanitaire pour les streptocoques du groupe A, les maladies entériques d'origine hydrique, les éclosions, le virus du Nil occidental.
- ☐ ⊡ Promouvoir le dépistage de l'infection latente de tuberculose (notamment chez les personnes infectées par le VIH) ainsi que le diagnostic précoce des cas actifs.

Soutien aux mesures préventives dans les pratiques médicales et professionnelles

- ☐ ⊡ Promouvoir le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez la femme enceinte.
- ☐ ⊡ Développer et implanter des protocoles d'intervention pour dépister le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement ou par le sang chez les femmes enceintes.
- ☐ Informer les médecins et infirmières des mesures préventives et de contrôle de l'influenza selon le niveau de l'activité grippale.
- ☐ Étendre l'implantation des mesures de prévention, surveillance et contrôle de l'influenza en CHSLD par la formation, le développement d'outils appropriés et le soutien aux intervenants.
- ☐ Maintenir un haut niveau de connaissance et de compétence des vaccinateurs en offrant des sessions de formation (formation de base et mise à jour).
- ☐ Former un réseau d'intervenants pivots en vaccination dans les CLSC.
- ☐ Diffuser les guides de prévention contre les bactéries résistantes aux antibiotiques et faciliter leur application par la formation des intervenants du réseau.

Axe 5

Avec les partenaires intersectoriels

- ☐ ⊡ Participer aux plans des mesures d'urgence en cas de menaces réelles ou appréhendées causées par des agents biologiques (urgences en maladies infectieuses, pandémie d'influenza et bio-terrorisme).
- ☐ Collaborer avec des partenaires pour réduire les facteurs de risque sociaux associés à la transmission de la tuberculose (toxicomanie, alcoolisme, itinérance, etc.).

- ☐ Poursuivre les actions et développer des ententes avec la Ville (notamment la sécurité publique) pour mieux intervenir auprès des groupes marginalisés (programmes d'échanges de seringues, etc.).

Objectif 13 :

Améliorer la santé en milieu de travail et prévenir les lésions professionnelles par l'amélioration des conditions de travail

État de situation

Un peu plus d'un million de personnes travaillent à Montréal, dont le tiers ne réside pas sur le territoire. Il s'agit de 53 % d'hommes et 47 % de femmes ; les jeunes de moins de 30 ans représentent près de 25 % de la population active, tandis que les 60 ans et plus en constituent moins de 5 %. Les travailleurs se regroupent surtout dans le secteur des services et de l'industrie manufacturière (soit 80 % et 18 %). Et, selon l'Enquête sociale et de santé 1998, il est clair que les jeunes travailleurs sont davantage exposés à des conditions pouvant être nocives pour leur santé et leur sécurité.

Axe 5

La CSST a indemnisé, en l'an 2000, environ 40 000 lésions, ce qui correspond à un recul de plus de 34 % par rapport à 1990. Le personnel masculin subit environ 2,5 fois plus de lésions que le personnel féminin. Les problèmes de santé au travail entraînent des coûts élevés en termes d'indemnisation et de perte de temps au travail. Les troubles musculo-squelettiques exigent la participation de la 1re ligne en vue de réduire la gravité et la durée des incapacités. Les activités d'expertise de la Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale doivent pour ce faire obtenir un financement récurrent.

Par ailleurs, l'exposition à des agents biologiques a donné lieu en 2000 à 202 accidents, problème sans doute sous-estimé puisque près de 500 personnes consultent chaque année pour des expositions au sang et aux liquides biologiques (ex. : piqûres d'aiguille). Le suivi post-exposition professionnelle effectué dans le Centre de référence régional est une stratégie efficace qui améliore l'accessibilité des travailleurs exposés et réduit les coûts du traitement.

Enfin, il faut signaler l'émergence de problèmes de santé mentale et de violence en milieu de travail. La CSST a indemnisé 3 511 nouveaux cas de troubles ou syndromes mentaux de 1994 à 2000. Ces cas ont la plus longue durée d'indemnisation (en moyenne 97 jours, et 42 jours pour l'ensemble des cas indemnisés par la CSST pour la même période). Il importe de les documenter, de bien identifier des stratégies efficaces et d'élaborer des orientations régionales en collaboration avec les partenaires.

La santé publique intervient en vertu d'un contrat confié aux Régies régionales par la Commission de la santé et de la sécurité au travail, qui agit comme maître-d'œuvre du régime québécois chargé d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs. Elle a établi, en collaboration avec le MSSS et son réseau des directions régionales de santé publique, des priorités, soit : les troubles musculo-squelettiques ; les maladies pulmonaires professionnelles (asthme, silicose, amiantose, bérylliose) ; les intoxications professionnelles ; les maladies infectieuses professionnelles ; les cancers des voies respiratoires, de la vessie ; la surdité professionnelle ; les problèmes découlant de grossesses anormales liées au milieu de travail.

Les équipes à la Direction de santé publique et dans les cinq CLSC désignés en santé au travail (Lac-Saint-Louis, Côte-des-Neiges, Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est, Montréal-Nord, des Faubourgs) réalisent des activités dans le cadre des programmes de santé spécifiques en milieu de travail : identification et évaluation des risques, surveillance de la santé, information sur les risques et les moyens de prévention, premiers secours et premiers soins. En outre, un programme s'adresse en particulier aux femmes enceintes, *Maternité sans danger.*

Le défi consiste à consolider les services de santé au travail, notamment en augmentant les effectifs médicaux, à soutenir les pratiques cliniques préventives concernant les lésions professionnelles et à répondre à un problème en émergence, les troubles de santé mentale.

Cibles proposées :

Axe 5

Avec les partenaires intersectoriels

- ☐ ⊡ Réaliser les activités de santé au travail prévues selon l'entente de la CSST et la planification annuelle régionale et soutenir les cinq CLSC désignés.
- ☐ Documenter les problèmes de santé mentale et de violence en milieu de travail, les stratégies efficaces et proposer un plan d'intervention régional pour les principaux milieux à risque.

Avec les partenaires de la santé

- ⌑ Développer un plan de surveillance continue de l'état de santé des travailleurs et des facteurs d'exposition, notamment : troubles musculo-squelettiques, intoxications, infections, maladies pulmonaires et surdité.
- ⌑ ⊡ Combler à 100 % d'ici 2006 les effectifs médicaux de santé au travail en CLSC en collaboration avec la Régie régionale, le département régional de médecine générale et la Direction des affaires médicales et les CLSC désignés.
- ⌑ Consolider, en collaboration avec le CHUM, le Centre de référence régional de suivi post-exposition professionnelle au sang et autres liquides biologiques par un financement récurrent.

- ⌑ Consolider la Clinique interuniversitaire de Santé au travail et de Santé environnementale par un financement récurrent.
- □ ⊡ Soutenir les professionnels de la santé en 1re ligne dans des pratiques cliniques préventives efficaces visant à réduire la durée et la gravité des lésions professionnelles (notamment les troubles musculo-squelettiques), le retour précoce en milieu de travail, le diagnostic et la déclaration par les médecins des maladies à déclaration obligatoire.

Objectif 14 :

Prévenir les maladies d'origine environnementale, protéger la population et promouvoir un environnement sain selon une approche de développement durable

État de situation

La santé environnementale s'intéresse aux problèmes de santé qui sont causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique et physique de l'air, de l'eau ou du sol. À Montréal, il s'agit surtout de :

- L'aggravation des maladies cardio-respiratoires occasionnées par la pollution atmosphérique et la chaleur accablante (asthme, rhinite allergique, maladies pulmonaires obstructives chroniques, insuffisance cardiaque et maladies coronariennes).
- Les problèmes de santé associés à une mauvaise qualité de l'air des logements et des bâtiments publics (asthme, infections respiratoires).
- Les infections, les intoxications d'origine environnementale et les maladies d'origine hydrique (gastro-entérite).
- Les cancers d'origine environnementale (peau, poumon, mésothéliome).

Axe 5

Les problématiques de la pollution atmosphérique et des changements climatiques ont des effets marqués à Montréal (smog, chaleur accablante, pollen de l'herbe à poux) qui pourraient s'amplifier si nous ne réduisons pas les émissions des véhicules, surtout dans le secteur du transport. Les partenaires sont mobilisés depuis le Sommet de Montréal et la contribution de la Direction consiste à étudier les impacts sanitaires actuels et futurs, à mener des actions de protection et de promotion d'une part pour réduire les émissions et, d'autre part, pour sensibiliser la population aux impacts santé et aux gestes individuels à poser.

Les conditions d'insalubrité des bâtiments, par suite de dégâts d'eau, d'humidité et de moisissures sont une cause importante d'exacerbation des crises d'asthme et d'irritation des voies respiratoires. La prévalence de l'asthme a plus que doublé depuis 20 ans. Des interventions efficaces existent pour le contrôle des aéroallergènes. Un partenariat avec le Service d'habitation de la Ville, le milieu scolaire, les CH et les CLSC est établi et les interventions mutuelles sont à consolider.

Pour ce qui est des menaces réelles et appréhendées de la santé de la population, la Régie régionale et la Direction de santé publique siègent au Comité de sécurité civile de la Ville. En effet, les menaces concernant le terrorisme chimique justifient une préparation de tous les intervenants régionaux et de la 1re ligne.

La problématique des seringues à la traîne prend de l'ampleur et entraîne des coûts de santé significatifs. Des interventions devraient être renforcées pour couvrir l'ensemble des générateurs de déchets. La consolidation du Centre de référence de suivi post-exposition professionnelle au sang et aux autres liquides biologiques du CHUM devrait s'ouvrir à la clientèle non professionnelle qui n'est pas actuellement couverte.

De tous les types de cancer, les cancers de la peau sont les plus fréquents au Canada et plus de 90 % sont attribuables à une exposition prolongée aux rayons solaires, d'origine naturelle ou non. Les enfants sont très vulnérables puisque 50 à 80 % de la dose d'exposition à vie s'accumule au cours des 18 premières années. Les coups de soleil en bas âge et à l'âge adulte sont les principaux facteurs de risque. Il existe plusieurs programmes d'éducation du public sur les comportements préventifs (crèmes solaires, lunettes et vêtements pastels) qui ont démontré leur efficacité.

Le soutien aux médecins de 1re ligne pour le diagnostic d'une intoxication ou d'une maladie d'origine environnementale est fourni par des médecins experts de la Clinique interuniversitaire de Santé au travail et Santé environnementale. Cette clinique a besoin d'un soutien financier récurrent.

Le défi réside dans l'action concertée parce qu'elle facilite l'adoption de politiques publiques saines en matière d'environnement, la promotion d'environnements sains, l'accès continu aux services de consultation de la Clinique interuniversitaire et des interventions efficaces devant les menaces réelles ou appréhendées.

Cibles proposées :

Surveiller les impacts qu'occasionnent les problèmes de la qualité de l'air intérieur et extérieur sur la santé de la population ainsi que des changements climatiques

Avec les partenaires intersectoriels

- ☐ Développer un portrait des conditions de logements insalubres conjointement avec la Ville (ex. : cartographie des quartiers à haut risque).
- ☐ Consolider avec le milieu universitaire et l'Institut national de santé publique du Québec un plan d'études concernant l'impact de la pollution de l'air et des changements climatiques sur la santé : chauffage au bois, smog urbain et santé, indice de la qualité de l'air, trafic et santé, chaleur accablante. Le plan porte aussi sur l'impact des hospitalisations et de la mortalité.

- ☐ Poursuivre l'étude des maladies respiratoires à Pointe-aux-Trembles en collaboration avec la Ville pour le volet environnement.

Avec les partenaires de la santé

- ☐ ⊡ Développer un plan de surveillance sur l'asthme chez les enfants.
- ☐ ⊡ Consolider le plan de surveillance des maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique et physique.

Protéger les Montréalais des effets néfastes de la mauvaise qualité de l'air intérieur et extérieur ainsi que des épisodes de chaleur accablante

Avec les partenaires intersectoriels

Qualité de l'air extérieur et chaleur accablante

- ☐ ⊡ Maintenir et développer des programmes pour encadrer l'émission d'avis et d'alerte en cas de mauvaise qualité de l'air et de variation climatique extrême en collaboration avec Environnement Québec, Environnement Canada, Institut national de santé publique du Québec et la Ville.
- ☐ ⊡ Participer à la révision du règlement canadien sur le chauffage au bois en collaboration avec Environnement Canada.
- ☐ ⊡ Soutenir le développement et l'implantation des programmes de contrôle de l'herbe à poux dans chaque arrondissement.
- ☐ ⊡ Promouvoir le programme qui vise à diminuer l'utilisation de la voiture auprès des établissements du secteur de la santé en collaboration avec l'Agence métropolitaine du transport.

Qualité de l'air intérieur

- ☐ ⊡ Participer avec la Ville à la révision de la réglementation municipale en matière de salubrité de logements.
- ☐ ⊡ Informer et sensibiliser les inspecteurs municipaux et les intervenants des CLSC (ex. : le personnel d'Info-Santé CLSC, les infirmières au programme de maintien à domicile), des effets sur la santé des logements insalubres.
- ☐ ⊡ Participer à la production d'un guide de bonnes pratiques concernant la qualité de l'air intérieur en milieu institutionnel (écoles, hôpitaux) et assurer la formation des intervenants.

Avec les partenaires de la santé

- ☐ Consolider le financement de la Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale.

Axe 5

Protéger la santé de la population des menaces réelles ou appréhendées : risques sanitaires et industriels et terrorisme chimique

Avec les partenaires intersectoriels

- ☐ Participer à la révision du règlement sur les piscines et pataugeoires publiques en collaboration avec la Ville, MSSS, Environnement Québec et l'Institut national de la santé publique du Québec.
- ☐ ⊡ Développer et implanter un programme de gestion et de récupération des seringues à la traîne en collaboration avec les partenaires (Régie régionale, Ville, CLSC, organismes communautaires).
- ☐ ⊡ Poursuivre les travaux du Comité de sécurité civile et du Comité anti-terroriste et préparer un plan de mesures d'urgence.
- ☐ ⊡ Consolider la collaboration en matière de sécurité civile avec la Ville et les partenaires locaux (arrondissements, CLSC).

Avec les partenaires de la santé

- ☐ ⊡ Maintenir un système régional de garde en santé environnementale 24/7, 365 jours par année.
- ☐ ⊡ Poursuivre la vigie des paramètres de qualité de l'air dans les arénas.
- ☐ ⊡ Procéder aux enquêtes épidémiologiques des maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique et physique en collaboration avec les CLSC.
- ☐ ⊡ Émettre des avis de santé publique auprès du BAPE, par exemple politique de réhabilitation
- ☐ ⊡ Élaborer un plan de mobilisation d'urgences (ex. : terrorisme chimique, biologique et nucléaire) et organiser des simulations en collaboration avec la Régie régionale, les CLSC et le milieu médical.
- ☐ ⊡ Consolider, en collaboration avec la Régie régionale, le Centre de référence post-exposition professionnelle au sang et aux liquides biologiques du CHUM.
- ☐ ⊡ Soutenir les médecins traitants dans le diagnostic clinique de maladies environnementales.

Axe 5

Sensibiliser, éduquer et mobiliser la population aux problèmes de santé environnementaux et à ses principaux déterminants en collaboration avec les partenaires (ONG, CLSC, médecins, Ville, Conseil régional de développement, gouvernements provincial et fédéral)

Avec l'ensemble des partenaires

- ☐ ⊡ Organiser des campagnes annuelles sur les impacts du chauffage au bois, du smog et de la chaleur accablante.
- ☐ ⊡ Implanter un projet du type « *J'aime ma planète : Je m'engage*! » dans les écoles primaires et l'évaluer en collaboration avec les CLSC.
- ☐ ⊡ Participer à des événements environnementaux (Journée de l'air pur, Jour J, Journée annuelle du comité environnemental de la Commission scolaire de Montréal).
- ☐ ⊡ Élaborer un programme de contrôle des aéroallergènes en milieu scolaire en collaboration avec les CLSC.
- ☐ ⊡ Élaborer un programme de sensibilisation au transport actif (transport en commun, vélo, marche à pied, etc.).
- ☐ ⊡ Élaborer une campagne de sensibilisation pour la prévention des infections dues aux seringues à la traîne.

Axe 5

- ☐ ⊡ Consolider des activités d'éducation pour prévenir le cancer de la peau chez les enfants en collaboration avec les CLSC et les médecins traitants.
- ☐ Soutenir les organismes non gouvernementaux dans des initiatives de développement durable et la promotion d'environnements sains.

Axe 6

Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants

Objectif 15 :

Informer la population et les décideurs de l'état de santé des Montréalais et soutenir la prise de décision afin de développer des politiques, des interventions et des services

État de situation

Déjà bien présente dans les activités de santé publique, la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants a été consolidée dans la loi sur la santé publique (articles 33 et 34). Il s'agit de :

- dresser un portrait global de l'état de santé de la population;
- observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;
- détecter les problèmes en émergence;
- identifier les problèmes prioritaires;
- élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;
- suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes de santé et de leurs déterminants.

La surveillance continue de l'état de santé figure aussi dans le programme national de santé publique ainsi que dans les plans d'actions régionaux que les régies doivent élaborer. Les directions de santé publique ont aussi le mandat d'élaborer des plans de surveillance identifiant les finalités recherchées, les objets de surveillance, les sources nécessaires et le plan d'analyse des renseignements demandés.

Le défi consiste à actualiser ce cadre législatif au niveau régional pour que l'information émergeant de la fonction surveillance de l'état de santé de la population puisse devenir à la fois un outil de décision et de planification.

Cibles proposées :

Avec les partenaires de la santé

☐ ⊡ Décrire et analyser l'état de santé global de la population dans les domaines du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, des habitudes de vie, des maladies chroniques, des traumatismes, des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé en milieu de travail, à l'échelle régionale, sous-régionale et locale.

- ☐ Élaborer et diffuser des outils d'information adaptés aux besoins des utilisateurs.
- ☐ Convenir d'une entente avec Statistique Canada pour obtenir un échantillon représentatif à l'échelle de Montréal de l'enquête de santé dans les collectivités canadiennes de 2005.
- ☐ Contribuer au développement et au déploiement d'un infocentre régional de données.

Avec l'ensemble des partenaires

- ☐ Mettre en place un forum des clients intéressés par les outils d'information dans le domaine de la surveillance.

Objectif 16 :

Soutenir la prise de décision en vue de bonifier l'organisation des services de santé de 1e ligne

État de situation

À l'instar des systèmes de santé et de soins de plusieurs États occidentaux, le système québécois a fait, ces dernières années, l'objet de nombreux questionnements quant à son efficience, suscitant des réflexions en profondeur sur ses modes d'organisation et de financement.

Mis à part des impératifs d'ordre économique, technologique ou organisationnel, l'évolution constante des besoins de services dans la population impose aux services de santé et aux services sociaux de se transformer et de s'adapter pour être performants. Le vieillissement de la population, et l'arrivée des nouveaux immigrants sont autant de facteurs qui contribuent à modifier les besoins et la demande en services.

De plus, les inégalités sociales et économiques qui persistent sont à l'origine d'inégalités de santé marquées. En effet, l'espérance de vie et les taux de mortalité évitables varient considérablement d'un groupe de la population à un autre. Traiter de façon équitable et efficiente toutes les personnes ayant besoins de services constitue un défi majeur pour le système de soins.

Les services de santé de 1re ligne sont actuellement ciblés comme pierre d'assise du système de santé avec, en priorité, le développement des groupes de médecine de famille (GMF). D'autres modèles peuvent aussi être considérés. Ces nouveaux modèles sont l'occasion de mieux comprendre, d'une part, les liens entre l'organisation des services de 1re ligne et l'accès aux services et, d'autre part, les liens entre ces modèles et l'amélioration de la santé de la population, notamment les groupes défavorisés.

Le défi consiste à fournir aux décideurs des données probantes en matière d'organisation des services médicaux de 1re ligne. Il s'agit que la prise de décision prenne systématiquement en considération les impacts de l'organisation des services sur la santé des populations.

Cibles proposées :

Avec les partenaires de la santé et de la recherche

Suivre et évaluer les transformations de l'organisation de la 1re ligne quant à leurs impacts sur l'accès aux services et sur la santé :

- ☐ Élaborer les indicateurs d'impact sur l'accès et sur la santé.
- ☐ Analyser et suivre l'évolution des modes d'organisation et de l'utilisation des services de 1re ligne tant dans une perspective organisationnelle que populationnelle, notamment celle des groupes plus défavorisés.
- ☐ Réaliser des projets de recherche découlant d'un plan de suivi et d'évaluation.
- ☐ Mettre en place un réseau de collaborateurs formé de chercheurs, de cliniciens et de décideurs provenant, des milieux universitaires, de l'Institut national de la santé publique du Québec, de la Régie régionale, des milieux cliniques, des CLSC et des CHSLD.

Soutenir l'implantation des modèles novateurs d'organisation des services de 1re ligne dont les GMF

- ☐ Soutenir la réalisation du profil de la clientèle de façon à mieux répondre à ses besoins de santé.

Axe 6

Les huit principaux défis des prochaines années

Les grands enjeux sanitaires de la région sont décrits dans le Rapport annuel 2002 sur la santé de la population *La santé urbaine : une condition nécessaire à l'essor de Montréal*. Par des comparaisons avec d'autres grandes villes canadiennes, on situe bien l'état de santé de la population quant aux principaux problèmes de santé et de bien-être, aux groupes les plus vulnérables et aux zones de la ville les plus touchées.

De l'ensemble de ces constats, nous avons tenté de dégager les principaux défis à relever et les actions à mener pour intensifier les efforts de prévention au cours de la période 2003-2006.

Défi 1 :

Un clivage Nord-Ouest/Sud-Est en termes d'inégalités sociales de la santé et du bien-être

Si la population montréalaise jouit d'un état de santé relativement enviable à l'échelle internationale, elle se compare de manière plutôt défavorable aux autres grandes villes canadiennes. L'explication principale tient à des conditions socio-économiques, qui se traduisent par un clivage Nord-Ouest/Sud-Est. Le cumul des facteurs de vulnérabilité physiques et psychosocaux chez certains groupes, notamment les groupes en situation de précarité et les nouveaux arrivants exerce une incidence marquée sur leur état de santé physique et mentale. Les inégalités sociales se traduisent par des disparités relatives à l'éducation, à l'emploi, au revenu et aux conditions de vie sociales et matérielles.

Principale action

Confirmer l'engagement des élus et des décideurs (santé, éducation, municipal, communautaire et économique) dans des actions coordonnées, concrètes et durables visant à réduire les inégalités sociales de la santé, surtout sur le plan de la sécurité alimentaire et du développement des communautés locales.

Défi 2 :

Des pratiques cliniques préventives intégrées pour contribuer à réduire la mortalité et la morbidité évitables

La mortalité évitable correspond à des décès que des traitements prodigués au bon moment et au bon endroit auraient évités. Même si la mortalité évitable a reculé de plus de 40 % en 20 ans, Montréal affiche toujours le pire bilan des grandes villes au Canada, ce qui pour l'essentiel explique la surmortalité avant 65 ans des suites de cardiopathie ischémique et des maladies hypertensives et vasculaires cérébrales. Par ailleurs, les problématiques psychosociales étant très élevées en 1re ligne, il est nécessaire d'explorer et de consolider des pratiques préventives. En outre, les médecins de famille pratiquant en cabinet privé ou en CLSC occupent une place privilégiée pour faire bénéficier à leurs patients des actes préventifs et des conseils d'éducation à la santé pour éviter l'apparition d'une maladie et ses complications (ex. : diabète, asthme) et pour acquérir des comportements favorables à la santé. Enfin, pour intensifier la prévention et la gestion préventive des maladies, d'autres professionnels de 1re ligne, comme des infirmières, des ergothérapeutes, des nutritionnistes doivent y participer.

Principale action :

Outiller et former les omnipraticiens ainsi que certains spécialistes et les professionnels des CLSC en vue de renforcer les activités de dépistage, d'éducation à la santé et de mesures de protection dans leurs interventions cliniques.

Défi 3 :

Des conditions de vie précaires qui hypothèquent les capacités d'adaptation et d'intégration sociale

Si on en juge par la comparaison avec les autres grandes régions urbaines du Canada, les Montréalais vivent dans des conditions de vie plus précaires, que ce soient les tout-petits, les jeunes, les adultes ou les aînés. Le développement d'un certain nombre d'enfants peut être compromis en raison de conditions de vie peu propices. De même, chez les jeunes qui vivent un très grand nombre de transitions, certains connaissent des problèmes de santé et de bien-être liés aux difficultés d'adaptation et d'intégration sociale : le décrochage scolaire, les grossesses à l'adolescence, les troubles anxieux, les jeux de hasard et d'argent, le suicide. Enfin, certains facteurs propres à la vie urbaine, que ce soit l'isolement social, la précarité économique ou la détresse psychologique, viennent, de plus, exacerber les difficultés que vivent les différents groupes d'âge.

Principale action :

Les tout-petits et les jeunes (de la naissance à 25 ans)

Améliorer et assurer une plus grande accessibilité au *Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance* et déployer plus de services, en les intégrant pour favoriser le développement des tout-petits et soutenir les parents dans leur rôle, surtout les jeunes et ceux vivant dans des conditions précaires.

Favoriser des approches globales et intégrées en milieu scolaire et dans la communauté visant à renforcer les compétences des jeunes, à accompagner les parents dans l'exercice de leur rôle et à améliorer la qualité des environnements de façon à soutenir le développement des jeunes et à prévenir les problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale.

Les personnes âgées

Promouvoir l'adaptation, en collaboration avec la Ville, des environnements (logements et transport adapté et accessible, aménagement urbain convivial et sécuritaire, etc.) en vue de favoriser l'intégration et la participation sociale des aînés, prévenir l'exclusion et retarder la perte d'autonomie.

Défi 4 :

Des habitudes de vie défavorables et un taux de blessures accidentelles à améliorer

Les habitudes de vie demeurent problématiques puisque les tendances vont dans le sens opposé aux attentes, comme en témoignent la sédentarité, l'excès de poids et le tabagisme. Les conséquences en sont connues et les risques se trouvent multipliés si un individu cumule plusieurs de ces facteurs. Sans intervention, on connaîtra une évolution inquiétante des maladies chroniques qui hypothèquent déjà lourdement les services de santé.

On connaît l'importance de promouvoir le soutien et l'éducation auprès des personnes aux prises avec des maladies chroniques, comme les maladies cardio-vasculaires, les cancers, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, l'obésité, les maladies bucco-dentaires et l'ostéoporose. En plus d'une action individuelle pertinente (gestion clinique et éducation à la santé), il faut créer des environnements favorables à la santé, notamment par le biais de la concertation intersectorielle.

Au chapitre de la mortalité par blessures, Montréal connaît des taux inférieurs ou semblables à ceux de l'ensemble du Québec, sauf pour la mortalité des piétons qui est de 25 % supérieure. En outre, les

accidents demeurent la première cause de décès chez les enfants et les chutes demeurent responsables d'un fort pourcentage d'hospitalisations chez les aînés.

Principale action :

Encourager des habitudes de vie favorables en aménageant les milieux de vie, notamment par des politiques concertées qui soutiennent la pratique de l'activité physique et une meilleure alimentation, par de meilleures stratégies de prévention du tabagisme et par un plus grand déploiement d'activités préventives des blessures et des chutes chez les aînés (de type programme PIED).

Défi 5 :

Une action efficace, rapide et concertée contre le VIH et les autres maladies transmissibles

Il faut demeurer à l'affût des éclosions de maladies transmissibles dans un environnement urbain où les populations sont très mobiles. Les infections transmises sexuellement et par le sang doivent continuer d'être des préoccupations majeures. La propagation des infections VIH et hépatite C dans les groupes marginalisés, comme les usagers de drogues injectables, connaît une hausse sensible. Malgré une diminution du nombre de cas de sida en raison d'une meilleure thérapie, le nombre de personnes atteintes du VIH augmentent. Cette situation, conjuguée à la recrudescence des facteurs de risque et à la diminution des comportements préventifs, pourrait accroître le fardeau de cette infection. De plus, le relâchement observé de l'utilisation de moyens préventifs est une autre source d'inquiétude devant la hausse croissante des autres infections transmises sexuellement.

En outre, il importe de maintenir une vigilance constante pour prévenir et empêcher la propagation des infections et des maladies. Des liens privilégiés doivent donc s'établir avec les intervenants de 1re ligne et du réseau hospitalier, tant pour signaler des menaces réelles ou appréhendées, que pour déclarer des maladies et pour appliquer des mesures de contrôle s'il existe des moyens efficaces et disponibles (la vaccination).

Principale action :

Intensifier la prévention et la promotion des comportements sécuritaires contre les infections transmises sexuellement et par le sang et appliquer rapidement des mesures de contrôle des maladies transmissibles.

Défi 6 :

Une réduction des maladies respiratoires liées à la qualité de l'air et aux changements climatiques

Les problèmes de qualité de l'air tant intérieur (moisissures, amiantes, fumée de tabac dans l'environnement...) qu'extérieur (smog urbain, pollen de l'herbe à poux, trafic routier...) contribuent fortement à augmenter la morbidité et la mortalité respiratoires (asthme, rhinite allergique, aggravation des maladies cardiorespiratoires pré-existantes) chez les personnes âgées. L'augmentation prévisible des températures associées aux changements climatiques augmentera cet impact sur la santé, et des stratégies pour s'adapter devront être implantées.

Principale action :

Promouvoir auprès des décideurs des politiques concertées pour améliorer la salubrité des logements et des milieux institutionnels (écoles, hôpitaux), pour réduire les émissions atmosphériques de sources fixes et mobiles, pour contrôler l'herbe à poux ainsi qu'implanter des stratégies pour s'adapter aux changements climatiques.

En collaboration avec les différents partenaires (Ville, ministères, CLSC, ONG, médecins), sensibiliser le public et les professionnels de la santé à cet enjeu et aux mesures préventives individuelles et collectives pour réduire les sources d'exposition et les problèmes de santé (ex. : programme de contrôle de l'asthme, programme Info-Smog, programme d'alerte à la chaleur accablante...).

Défi 7 :

Une vigilance accrue face aux menaces réelles ou appréhendées causées par des agents biologiques, chimiques ou physiques

Les événements climatiques extrêmes, les accidents industriels majeurs, les épidémies sont autant de menaces qui convient les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux à se préparer et à s'arrimer avec les partenaires, notamment la Ville. Les événements du 11 septembre 2001 ont bien démontré la vulnérabilité du secteur de la santé face au terrorisme chimique, biologique ou nucléaire en milieu urbain.

Il est crucial d'avoir accès rapidement aux informations, comme les signalements, les déclarations des infections, intoxications et maladies obligatoires pour intervenir efficacement auprès des personnes atteintes et des contacts, ainsi que dans les milieux à risque. Par ailleurs, certaines situations d'urgence exigent une mobilisation rapide et de grande

envergure des ressources du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : campagne de vaccination contre la méningite), et c'est pourquoi il importe de prévoir une planification de plus en plus rigoureuse.

Principale action :

Contribuer à préparer les plans de mesures d'urgence en collaboration avec les partenaires (ministère de la Sécurité civile et la Ville) et développer le plan de mobilisation des ressources prévu par la Loi de santé publique avec le réseau de la santé et des services sociaux, soit les CLSC et les Centres hospitaliers.

Défi 8 :

Des problèmes de santé mentale en émergence dans les milieux de travail

Les cas de santé mentale et de violence en milieu de travail répertoriés de 1994 à 2000 ont entraîné la plus longue durée d'indemnisation parmi l'ensemble des cas indemnisés par la CSST. Il existe pourtant des interventions efficaces de prévention qui pourraient être implantées avec le soutien des partenaires de la région. Pour élaborer un plan d'intervention, une meilleure connaissance du problème et des principaux milieux à risque est essentielle.

Principale action :

Documenter, avec les partenaires, les problèmes de santé mentale et de violence en milieu de travail, les stratégies efficaces en vue d'établir un plan d'intervention concerté pour les milieux les plus à risque.

Des conditions de succès

La réalisation du *Plan montréalais d'action de santé publique*, repose, avant tout, sur un partenariat et une complicité entre le réseau de la santé et des services sociaux et la Ville de Montréal, les organismes communautaires, le réseau d'éducation et les autres acteurs de la société civile. Sans ce partenariat, sans cette action intersectorielle, l'atteinte de résultats durables ne sera pas possible.

Déjà la collaboration établie entre le Regroupement des CLSC de Montréal et la Direction de santé publique pour l'élaboration de ce document et la consultation auprès de nos partenaires intersectoriels témoignent de cette volonté.

Trois autres conditions appuieront une implantation réussie du Plan d'action soit la surveillance et la recherche, une évaluation constante et un financement adéquat.

Les résultats fixés sont toutefois, conditionnels à un ensemble de facteurs relevant à la fois du réseau et des partenaires associés. Certaines conditions trouveront réponse au niveau régional, d'autres nécessiteront des choix pré-déterminés effectués au niveau national.

La surveillance et la recherche

L'évolution de l'état de santé de la population et l'apparition de nouvelles menaces à la santé publique exige de consolider notre capacité d'analyser les informations et d'acquérir de nouvelles connaissances. Les fonctions de surveillance et de recherche nous permettent d'offrir aux partenaires l'accès à ces données en vue d'orienter des actions immédiates de santé publique ou d'adapter les interventions au bénéfice de la population.

La surveillance continue permet de documenter l'évolution de l'état de santé et de ses déterminants tandis que la recherche permet de mieux comprendre les relations complexes entre les problèmes et les déterminants et de concevoir et d'évaluer des solutions, soit par des actions de santé publique, soit par des modes prometteurs d'organisation des services.

Pour mieux soutenir la prise de décision et l'action, les décideurs doivent être présents dès le début des travaux et l'information doit être diffusée à tous ceux qui peuvent en bénéficier. Il faut donc assurer un meilleur accès aux données pertinentes, en produire, les analyser et les diffuser auprès des décideurs et des divers partenaires en vue d'éclairer leurs choix : c'est à ces conditions que l'on pourra mieux répondre aux besoins de la population et harmoniser les contributions de chacun (plans d'action).

Une évaluation constante

Le plan d'action régional devra également se soumettre à un processus d'évaluation afin d'apprécier la pratique de santé publique, de suivre les activités du plan et de vérifier l'atteinte des résultats fixés.

Par suite du consensus dégagé de la consultation sur les activités de santé publique à privilégier pour les trois prochaines années, des indicateurs seront fixés pour évaluer la performance, notamment :

- la mise en œuvre et les facteurs l'ayant facilitée ou ayant fait obstacle,
- l'impact clinique, c'est-à-dire sur les patients ou les groupes ayant bénéficié des interventions de services préventifs : globalité des services, accessibilité, qualité et satisfaction,
- l'impact sur l'utilisation des ressources et la productivité,
- l'impact populationnel en termes d'amélioration de l'état de santé et de réduction des inégalités.

Un financement adéquat

Des budgets récurrents et un fonds affecté demeurent disponibles pour la réalisation des activités de prévention et de promotion en cours. Selon les données du *Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC (2001-2002)*[18] réalisé par le MSSS en 2002, les ressources actuellement investies dans les CLSC et la Direction de santé publique de Montréal totalisent respectivement 44 468 403 $ et 11 170 000 $. (voir Annexe 2, Tableau 7). Il existe aussi un fonds affecté récurrent de 4,1 millions pour la période de 2003 à 2006 pour soutenir les efforts amorcés depuis 1995 dans le cadre des priorités régionales de santé et bien-être ainsi que les autres activités jugées prioritaires après la consultation avec les partenaires.

Les prévisions pour 2003-2006

Dans le plan du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Faire des bons choix*, le virage prévention est reconnu comme une priorité. Il est estimé que les besoins de financement dans ce secteur est de 241 M$. Si l'on extrait le projet national d'information qui nécessite 73 M$, 118 M$ devrait être investi dans des services préventifs offerts par le réseau de la santé et des services sociaux et 50 M$ dans les autres secteurs d'activité participant au virage prévention.

En tenant compte de cette donne, le comité directeur responsable pour l'élaboration du plan d'action régional a cru opportun d'estimer les coûts de consolidation ou de développement de l'une ou l'autre des cibles proposées dans le présent document. Ces prévisions ont été calculées pour chacune des cibles dans une perspective de déploiement

18 Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, *Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC*, 2001-2002. 38 pages, octobre 2002

local, sous-régional ou régional selon l'objectif. L'importance accordée à l'un ou l'autre objectif s'appuie sur des critères de faisabilité (capacité d'agir) et de pertinence (importance du problème), ce dernier critère étant largement documenté dans le Rapport annuel 2002, *La santé urbaine : une condition nécessaire à l'essor de Montréal.*

On retrouvera en Annexe 1 une proposition pour chacun des axes qui comprend deux volets : un estimé des besoins pour 2003-2006, et un aperçu des ressources de santé publique actuelles en CLSC et à la Direction de santé publique à partir des données présentées dans le *Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC (2001-2002)*. Sur la base de ces travaux, nous estimons à 42 M$ les investissements supplémentaires qui sont nécessaires pour réaliser le *Plan montréalais d'action de santé publique*. De ce montant, 90 %, soit 27 M$, serait consacré aux services préventifs dans les CLSC, et 10 %, ou 3 M$, irait aux volets surveillance, coordination régionale du déploiement et évaluation. Un montant de 12 M$ viendrait appuyer l'action intersectorielle nécessaire pour prendre collectivement le virage préventif dans notre région. Un sommaire de cette proposition se retrouve à l'Annexe 2.

ANNEXE 1

Ressources de santé publique (2001-2002) en CLSC et DSP et estimé des besoins (2003-2006) pour les six axes du Plan d'action montréalais de santé publique

Axe 1

La réduction des inégalités sociales de la santé et un engagement confirmé auprès des communautés et des milieux de vie

Ressources de santé publique (2001-2002)[A]		Estimé des besoins de consolidation-développement (2003-2006)			
CLSC	DSP	Objectifs	Réseau santé et services sociaux		Action intersectorielle[D]
			1re ligne[B]	DSP[C]	
2 068 403	70 000	Inégalités sociales	1 000 000	100 000	
2 138 403		TOTAUX	1 100 000		2 000 000

A Ressources de santé publique en CLSC et DSP affectées à cet axe dans la région selon les données du *Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC (2001-2002)* réalisé par le MSSS en 2002.

B Conformément au plan du MSSS, *Pour faire les bons choix (2002)*, il s'agit des besoins estimés pour soutenir le personnel du réseau (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.), surtout en CLSC.

C Fonctions de surveillance, de coordination régionale et d'évaluation nécessaires pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action régional.

D Conformément au plan du MSSS, *Pour faire les bons choix (2002)*, il s'agit des besoins estimés pour soutenir les autres secteurs d'activités, surtout le milieu communautaire.

Axe 2

Une intégration des mesures préventives efficaces dans les pratiques professionnelles et médicales

Ressources de santé publique (2001-2002)[A]		Estimé des besoins de consolidation-développement (2003-2006)			
CLSC	DSP	Objectifs	Réseau santé et services sociaux		Action intersectorielle[D]
			1re ligne[B]	DSP[C]	
nd	nd	Pratiques cliniques	2 600 000	200 000	
nd		TOTAUX	2 800 000		

Axe 3

La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées

Ressources de santé publique (2001-2002)[A]		Estimé des besoins de consolidation-développement (2003-2006)			
CLSC	DSP	Objectifs	Réseau santé et services sociaux		Action intersectorielle[D]
			1re ligne[B]	DSP[C]	
25 400 000	4 000 000	Tout-petits (0-5 ans)	11 200 000	450 000	
		Jeunes (6-25 ans)	4 900 000		
		Adultes	100 000	25 000	
		Personnes âgées	85 000	25 000	
		Sous-total	16 285 000	500 000	
29 400 000		TOTAUX	16 785 000		6 500 000

A Ressources de santé publique en CLSC et DSP affectées à cet axe dans la région selon les données du *Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC (2001-2002)* réalisé par le MSSS en 2002.

B Conformément au plan du MSSS, *Pour faire les bons choix (2002)*, il s'agit des besoins estimés pour soutenir le personnel du réseau (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.), surtout en CLSC.

C Fonctions de surveillance, de coordination régionale et d'évaluation nécessaires pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action régional.

D Conformément au plan du MSSS, *Pour faire les bons choix (2002)*, il s'agit des besoins estimés pour soutenir les autres secteurs d'activités, surtout le milieu communautaire.

Axe 4

La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable

Ressources de santé publique (2001-2002)[A]		Estimé des besoins de consolidation-développement (2003-2006)			
CLSC	DSP	Objectifs	Réseau santé et services sociaux		Action intersectorielle[D]
			1re ligne[B]	DSP[C]	
6 500 000	3 400 000	Alimentation et activité physique	100 000	25 000	
		Lutte au cancer	945 000	375 000	
		Santé dentaire	720 000	100 000	
		Traumatismes	300 000		
		Sous-total	2 065 000	500 000	
9 900 000		TOTAUX	2 565 000		

Axe 5

La prévention et la vigie sanitaire concertées des menaces réelles ou appréhendées dues à des agents biologiques, chimiques ou physiques

Ressources de santé publique (2001-2002)[A]		Estimé des besoins de consolidation-développement (2003-2006)			
CLSC	DSP	Objectifs	Réseau santé et services sociaux		Action intersectorielle[D]
			1re ligne[B]	DSP[C]	
10 500 000	3 320 000	Maladies infectieuses	3 175 000	400 000	
		Santé en milieu de travail	400 000	300 000	
		Santé environnementale	1 475 000	500 000	
		Sous-total	5 050 000	1 200 000	
13 820 000		TOTAUX	6 250 000		3 000 000

Axe 6

Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants

Ressources de santé publique (2001-2002)[A]		Estimé des besoins de consolidation-développement (2003-2006)			
CLSC	DSP	Objectifs	Réseau santé et services sociaux		Action intersectorielle[D]
			1re ligne[B]	DSP[C]	
nd	380 000	Surveillance		500 000	
380 000		TOTAUX		500 000	

A Ressources de santé publique en CLSC et DSP affectées à cet axe dans la région selon les données du *Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC (2001-2002)* réalisé par le MSSS en 2002.

B Conformément au plan du MSSS, *Pour faire les bons choix (2002)*, il s'agit des besoins estimés pour soutenir le personnel du réseau (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.), surtout en CLSC.

C Fonctions de surveillance, de coordination régionale et d'évaluation nécessaires pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action régional.

D Conformément au plan du MSSS, *Pour faire les bons choix (2002)*, il s'agit des besoins estimés pour soutenir les autres secteurs d'activités, surtout le milieu communautaire.

ANNEXE 2

Tableau 7

Sommaire des ressources de santé publique (2001-2002) en CLSC et DSP et de l'estimé des besoins (2003-2006) pour les six axes du Plan d'action montréalais de santé publique

Axes	Maintien[A]		Sous-total	Consolidation-développement (Réseau SSS)		Sous-total	Action intersectorielle[D]	Total
	CLSC	DSP		1re ligne[B]	DSP[C]			
1	2 068 403	70 000	2 138 403	1 000 000	100 000	1 100 000 (4 %)	2 000 000 (16 %)	5 238 403
2	Nd	Nd	Nd	2 600 000	200 000	2 800 000 (9 %)		2 800 000
3	25 400 000	4 000 000	29 400 000	16 585 000	500 000	17 085 000 (56 %)	6 500 000 (54 %)	52 985 000
4	6 500 000	3 400 000	9 900 000	1 765 000	500 000	2 265 000 (8 %)	500 000 (5 %)	12 665 000
5	10 500 000	3 320 000	13 820 000	5 050 500	1 200 000	6 250 000 (21 %)	3 000 000 (25 %)	23 070 000
6	Nd	380 000	380 000		500 000	500 000 (2 %)		880 000
TOTAL	44 468 403	11 170 000	55 638 403	27 000 000	3 000 000	30 000 000	12 000 000	97 638 403

A Ressources de santé publique en CLSC et DSP affectées à cet axe dans la région selon les données du *Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC (2001-2002)* réalisé par le MSSS en 2002.

B Conformément au plan du MSSS, *Pour faire les bons choix (2002)*, il s'agit des besoins estimés pour soutenir le personnel du réseau (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.), surtout en CLSC.

C Fonctions de surveillance, de coordination régionale et d'évaluation nécessaires pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action régional.

D Conformément au plan du MSSS, *Pour faire les bons choix (2002)*, il s'agit des besoins estimés pour soutenir les autres secteurs d'activité, surtout le milieu communautaire.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Action for Prevention

Summary of the Montreal Public Health Action Plan

2003–2006

Consultation Document

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

This summary is published by the
Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Telephone: (514) 528-2400
Web site: http://www.santepub-mtl.qc.ca

Steering committee

John Carsley, coordinator, Infectious Diseases Unit, DSP

Irma Clapperton, project coordinator, Montreal Public Health Action Plan, DSP

Louis Côté, director, Information and Planning, Régie régionale

Suzanne Couët, coordinator, Administration, DSP

Michelle Doyon, general director, Regroupement des CLSC de Montréal

Louis Drouin, coordinator, Occupational and Environmental Health Unit, DSP

Serge Dulude, chief, Regional General Medecine Department

Jacques Durocher, coordinator, Physical Health Unit, DSP

Hélène Gobeil, general director, CLSC Saint-Léonard

Marie-Claire Laurendeau, coordinator, Human and Social Ecology Unit, DSP

Mariette Le Brun-Bohémier, general director, CLSC Pierrefonds

Richard Lessard, director, DSP

Michel Mongeon, coordinator, Planification, DSP

Jean-Pierre Perreault, general director, CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Louis-Paul Thauvette, general director, CLSC Saint-Henri

Editor
Deborah Bonney

Editorial advisor
Solange Lapierre

Graphic design
Paul Cloutier

Cover Design
Cossette communication-marketing

© Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre (2003)

Foreword

It is with confidence that we submit for consultation the plan entitled *Action for Prevention*. In keeping with *Accent on Access*, the 1998-2002 plan to improve health and social services, the Régie régionale is pursuing its efforts in its 2003-2006 strategic planning, *Action for Health*, to foster and integrate prevention into the continuum of health and social services.

More than ever, prevention is in the forefront. The Québec government emphasized last fall in its action plan entitled *Horizon 2005* that prevention is one of the best investments we can make in health. What issues and challenges does prevention pose for the Montréal area?

The 2002 annual report of the Public Health Department, *Urban Health, A Vital Factor in Montréal's Development,* critically examines Montrealers' state of health in relation to the residents of other major Canadian cities. It clearly pinpoints the health problems that demand attention and it targets the most vulnerable groups and those areas of the city that are hardest hit.

Fruitful initiatives and collaboration are already under way in the public health field. Partnerships have been established between the Public Health Department, the CLSCs, physicians, the City of Montréal, the school boards, schools, community agencies and government departments. However, as we face the challenge of keeping montrealers in good health:

What is the best way to target our action and derive maximum benefit from everyone's contribution?

The Régie régionale, the Public Health Department and the CLSCs worked collaboratively on the elaboration of this proposal under a single, concrete, transparent approach. The initiatives suggested are aimed at various public health fields and reach out to the health and social services network as well as other activity sectors.

The problem's scope, the ability to intervene effectively and the links already established between the partners serve as a framework for this proposal. Several of the initiatives suggested have already been introduced but their success and health gains depend on the decision to maintain, consolidate or develop them.

The Régie régionale also acknowledges the importance of synergy between the partners to promote health and well-being. It has set up a partners' forum with a mandate to recommend public-health strategies for various activity sectors outside the health and social service network.

Through this consultation, we are soliciting your opinions on the proposed actions in the field of prevention. Certain measures are aimed at partners in the health sector while others target our intersectoral partners. To conclude this report, we submit eight key challenges concerning prevention and priority measures to be carried out collectively over the coming three years. Based on the budget forecasts in the ministère de la Santé et des Service sociaux's plan, *Pour faire les bons choix*, we have attempted to illustrate the budgetary impact through consolidation or development in each area of intervention. Once a consensus has been reached, the outcomes will then be determined. Finally, the ability to innovate and produce evidenced-based data to support decision-making and concerted action must remain a key feature of this plan.

The consultation is open. You are invited to comment on this report overall, with particular emphasis on the sections pertaining to your own activities. We hope that the outcome of this consultation will bolster commitments and foster new collaboration that will take root in the first Montréal public health action plan, which, together, we will monitor over the next three years.

Kathleen Weil
Chair of the Forum des
partenaires en santé publique

Richard Lessard, MD
Director of Public Health

Mariette Le Brun-Bohémier
Spokeswoman, public health committee of
the Regroupement des CLSC de Montréal

Introduction

Action for Prevention proposes public health objectives and measures for the period 2003 to 2006. It is one component of the Régie régionale's strategic planning. At the conclusion of this consultation process, it will become the *Montreal Public Health Action Plan*.

The consultation is designed to pinpoint a number of action targets that public health and its partners should focus on in order to foster prevention, the quality of services and the efficiency of resources.

Section 1 examines the context in which the regional action plan is being elaborated; section 2 focuses on the mission, roles and responsibilities. Section 3 centres on the health profile of the population, and section 4 reviews the current situation and proposes action targets in the following public health fields: development, adaptation and social integration; lifestyle habits and chronic diseases; accidental injuries; infectious diseases; environmental health; and occupational health.

For each of the six themes examined, objectives and action targets are proposed and the partners, whose collaboration is essential to successful implementation, are identified whether they be within or outside the health and social services network. The first two themes deal with preferred strategies and the remaining four concern major public health fields. Section 5 indicates key challenges and actions for the coming three years. Section 6 specifies the conditions needed to effectively carry out the regional action plan.

An interactive consultation

Action for Prevention is part of the 2003-2006 three-year plan of the Régie régionale de Montréal. Each plan is subject to a consultation and participation strategy that is a key component of our strategic planning. We hope that this consultation will spur the mobilization of all of our partners in the health and social services and intersectoral networks to ensure the successful implementation of the action plan. To this end, we have adopted a consultation strategy geared to the various publics to be reached.

Forum des partenaires en santé publique

The *Forum des partenaires en santé publique*, established by the Conseil régional de développement de l'île de Montréal (CRDIM) and the Public Health Department, represents the sectors set up by the colleges of the CRDIM (ex.: education, unions, private sector, cultural sector, community sector, youth, seniors, elected officials) to which are added the representatives of the agency's forums and committees. Among other things, the Forum is responsible for recommending the

intersectoral communications and mobilization strategies necessary for the elaboration, implementation and follow-up to the regional public health action plan. It held its first meeting on March 14, 2003.

The Forum will oversee a four-part consultation.

- The first part of the consultation consists of thematic workshops focusing on four of the six themes of the action plan. The members of the Conseil des partenaires du CRDIM will take part in discussions concerning the challenges and initiatives proposed in the plan. The output of these session will be studied by the Forum des partenaires en santé publique with a view to formulating an advisory on the action plan.

  Theme 1: The reduction of social inequalities in health (March 19)

  Theme 3: The reduction of problems related to development, adaptation and social integration (March 26)

  Theme 4: Disease and injury prevention (March 11)

  Theme 5: Prevention of real and anticipated threats stemming from biological, chemical or physical agents (March 12)

- The second part of the consultation will consist in public hearings and the submission of briefs. The groups represented in the Forum des partenaires en santé publique may submit a written opinion in conjunction with the public hearings organized by the Régie régionale on proposals from the consultation document of *the Montreal Public Health Action Plan* and/or the consultation document of the *Montreal Improvement Plan for Health and Well-being* (April 22, 23 and 24).

  Participants in the public hearings must register before April 10, 2003 with the Régie régionale by calling 286-6500, extension 5612.

- The Forum de la population, established by the Régie régionale, comprising 15 to 20 members, will also analyse the action plan and formulate an opinion that the Forum des partenaires will then examine.

- The final part of the consultation will be a two-day meeting (April 28-29) of the members of the Forum des partenaires en santé publique to examine the propositions stemming from the preceding consultations as well as the on-line questionnaire aimed at the general public and the questionnaire sent to the general practitioners in the region, the interactive forum organized by the Régie régionale on integration of services in the areas of physical health, services for youth and mental health. Based on its assessment of the output of the consultations, the Forum will draw up its recommendations and submit them, in early May, to the Director of Public Health and to the board of directors of the Régie régionale.

To obtain additional information on the consultation coordinated by the Forum des partenaires en santé publique, please contact André Bergeron at the Public Health Department at (514) 528-2400, extension 3553 (andre_bergeron@ssss.gouv.qc.ca) or Claude Vézina of the CRDIM at 842-2400, extension 2985 (cvezina@crdim.org).

Other means of consultation

In order to obtain the opinions of general practitioners on the integration of effective preventive measures into medical and professional practice, a number of questions have been included in the questionnaire intended for general practitioners distributed by the Département régional de medicine générale.

Consultation by electronic means

Consult the Public Health Department's Web site (www.santepubmtl.qc.ca) to access: the consultation document, *Prévention en actions*; the questionnaire to record your suggestions; and the 2002 annual report on the health of the population (*Urban Health, A Vital Factor in Montréal's Development*).

Overview

In 2001, the Clair Commission[1] emphasized the need to strike a better balance between prevention, cure and care. Then in 2002, the Québec government's *Horizon 2005*[2] plan and the MSSS's guidelines[3] highlighted the importance of better integrating services and advocated synergy between various disciplines and sectors in society.

These documents underscore the need to regularly assess the relevance, efficiency, effectiveness and quality of care and ensure that they have a positive impact on health. Prevention is put forward as an essential strategy.

To strengthen the scope of its action, the new *Public Health Act*[4] specifies the means and obligations governing practice, especially the Programme national de santé publique.[5] Published in November 2002, the program pinpoints the initiatives to be carried out over the next 10 years in the realms of development, adaptation and social integration, lifestyle habits and chronic diseases, accidental injuries, infectious diseases, environmental health, and occupational health.

It specifies the public health services that must be available to all Quebecers and establishes a common platform for public health services to be made accessible in all regions and all CLSC territories.[6] The next step is to translate the Programme national de santé publique into regional and local action plans, based on the common platform of services and specific regional needs.

In keeping with *Accent on Access 1998-2002*, the Régie régionale has decided to make the Montreal Public Health Action Plan a key priority in its 2003-2006 strategic planning. This plan, in turn, will guide the elaboration of the local action plans to be developed by the CLSCs and will also help to consolidate, with the partners, an alliance geared to health and well-being.

---

1 Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux, *Les solutions émergentes, rapports et recommendations*. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 410 pages.

2 Gouvernement du Québec, *Horizon 2005, plan d'action pour un Québec meilleur*, 2002, 48 pages.

3 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Pour faire les bons choix, plan de la santé et des services sociaux*, 2002, 35 pages.

4 Gouvernement du Québec, *Public Health Act*, December 2002, 42 pages.

5 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, 2002, 119 pages.

6 *Ibid.*

Six themes, sixteen objectives

THEME 1

Reduction of social inequalities on health based on a firm commitment to communities and living environments

Objective 1

- Reduce social inequalities on health using a global strategy and concerted action

  Ex.: Food security policy for the city of Montreal, buying groups, community gardens

THEME 2

Integration of preventive measures into medical and professional practices

Objective 2

- Promote and support preventive clinical practices

  Ex.: information, continuing education, clinical tools

THEME 3

Reduction of problems linked to the development, adaptation and social integration of children, young people, adults and the elderly

Objective 3

- Promote the development and social adaptation of young children by supporting parents and improving the living conditions of families

  Ex.: Implement programmes in all 29 CLSC territories that provide intensive support for pregnant women, and mothers, fathers and children living in extreme poverty. Offer an early stimulation programme to 4500 children aged 0 to 5 years old. Promote breastfeeding for all new mothers (21 000 births annually).

Objective 4

- Promote the development, adaptation and social integration of youth (6-25 years) by supporting parents and creating living conditions that encourage the healthy development of young people

  Ex.: Implement programmes in all 29 CLSC territories that help youth develop life skills – conflict resolution, self esteem, good study habits. Increase screening for youth at risk of suicide.

Objective 5

- Prevent psychological distress and mental health problems among adults

  Ex. : Public awareness campaigns on anxiety problems among young adults. Support practitioners in the early detection and treatment of depression, anxiety-related problems and suicidal tendencies.

Objective 6

- Create conditions that support the health and well-being and the integration and social participation of seniors.

  Ex.: Work with municipal authorities and other agencies to create adapted and accessible housing and services and to ensure user-friendly and safe urban environments. Improve screening for abuse and neglect.

THEME 4

Prevention of diseases and accidental injuries that have a measurable impact on health

Objective 7

- Reduce smoking

  Ex.: Work with municipal authorities to make Montreal a smoke-free city. Set up quit smoking centres in 10 CLSC territories.

Objective 8

- Encourage a balanced diet and physical activity
- Work with school commissions, student sports organisations, youth organisations on the implementation of programmes like *Québec en forme, Chez nous, on bouge ensemble*.

Objective 9

- Fight cancer

  Ex.: Set up a regional tumour registry. Increase breast cancer screening.

Objective 10

- Reduce dental health problems

  Ex.: Work with the City to fluoridate Montreal's drinking water.

Objective 11

- Reduce injuries through preventive action

  Ex.: Implement the PIED program in all CLSC districts to prevent injuries and falls among the elderly.

THEME 5

Prevention and public health monitoring of real or anticipated threats from biological, chemical or physical agents

Objective 12

- Prevent the spread of communicable diseases, protect the population's health and promote healthy and safe behaviours

  Ex.: Set up adapted services for injection drug users in 14 CLSC districts and 4 new needle exchange programmes. Increase capacity to provide vaccination services to high risk groups.

Objective 13

- Improve occupational health

  Ex.: Consolidate the services offered by the Inter-university Occupational and Environmental Health Clinic.

Objective 14

- Prevent environment-related diseases, protect the population's health and promote a healthy environment through sustainable development

  Ex.: Work with decision-makers to revise regulations concerning wood-burning heating systems, and swimming and wading pools. Train municipal inspectors and CLSC staff on the impact of unsanitary housing conditions on health.

THEME 6

In-depth knowledge of the overall health status of the population and its determinants

Objective 15

- Inform the population and decision-makers about the health status of Montrealers and support decision-making related to policy development, interventions and services

  Ex.: Produce and disseminate information adapted to the needs of partners and the general public.

Objective 16

- Support decision-making concerning the improvement of front-line services

  Ex.: Evaluate the changes in the organisation of front-line services on access to services and population health.

Eight key challenges

The 2002 annual report on the health of the population, *Urban Health, A Vital Factor in Montréal's Development*, describes the key health issues in the Montréal area. Through comparisons with other big Canadian cities, it clearly indicates the state of health of the population with regard to the leading health and well-being problems among the most vulnerable groups and in the areas of the city that are the hardest hit.

In light of our observations overall, we have attempted to pinpoint the key challenges to be met and the initiatives to be carried out to step up prevention measures in the period 2003-2006.

1. *Reduce the north-west/south-east divide with regard to social inequalities in health and well-being*

While Montrealers enjoy a fairly enviable state of health at the international level, they compare rather unfavourably with the residents of other big Canadian cities, mainly because of socio-economic conditions that create a north-west/south-east divide. The combination of physical and psychosocial vulnerability factors in certain groups, especially individuals whose situation is precarious and recent immigrants, significantly affects their physical and mental health. Social inequalities lead to disparities in the areas of education, employment, income and social and physical living conditions.

Key initiative

Secure the commitment of elected representatives and decision-makers in the health, education, municipal, community and economic sectors to the implementation of coordinated, concrete, durable measures aimed at reducing social inequalities in health, especially as concerns the issue of food security and the development of local communities.

2. *Increase and better integrate preventive clinical practices that help to reduce avoidable mortality and morbidity*

Avoidable mortality is defined as deaths that the right treatment at the right time could have prevented. While avoidable mortality has fallen by over 40% in 20 years, Montréal still has the worst record among big Canadian cities, which explains, by and large, excess mortality before the age of 65 stemming from ischemic heart disease, hypertension and cerebral vascular diseases. Since front-line health professionals deal with widespread psychosocial problems, it is essential to explore and consolidate preventive practices. Moreover, family physicians in private practice or in CLSCs are in an ideal position to enable their patients to benefit from preventive measures and health education advice to avoid diseases and the attendant complications (e.g. diabetes and asthma)

and to develop behaviour that promotes good health. In order to bolster prevention and the preventive management of disease, other front-line professionals such as nurses, occupational therapists and nutritionists must participate in this initiative.

Key initiative

Equip and train general practitioners and certain CLSC specialists and professionals in order to bolster screening, health education and protection initiatives in conjunction with clinical care.

3. Reduce precarious living conditions that hinder the adaptation and social integration of children, youth and the elderly

Judging by the comparison with other major cities in Canada, Montrealers of all ages have more precarious living conditions. The development of some children may be compromised as a result. Similarly, some young people, who undergo numerous transitions, experience health and well-being problems related to adaptation and social integration, e.g. dropping out, teen pregnancies, anxiety disorders, gambling and games of chance, and suicide. Factors inherent in urban life, such as social isolation, economic insecurity and psychological distress, further exacerbate the problems experienced by different age groups.

Key initiative:

Children and young people (up to the age of 25 years)

Enhance and ensure broader access to the *Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance* and offer a wider range of integrated services to foster the development of young children and support parents in fulfilling their role, above all young parents and those experiencing precarious conditions.

Foster comprehensive, integrated approaches in the schools and the community aimed at strengthening the skills of young people, helping parents to fulfil their role and enhance the quality of various environments in order to support the development of young people and prevent social adaptation and mental health problems.

The elderly

Promote, in collaboration with the City of Montréal, the adaptation of various environments, e.g. housing and accessible paratransit, and user-friendly, safe urban planning, so as to foster the integration and social participation of the elderly, prevent exclusion and delay the loss of autonomy.

4. *Improve lifestyle habits and accidental injury rates*

Lifestyle habits pose a problem as is revealed by such current trends as sedentariness, excess weight and smoking. The consequences are well known and risks are compounded when an individual displays several factors. Without intervention, chronic diseases will develop in a disturbing manner, thus further burdening already heavily taxed health services.

The importance of promoting support and education measures among individuals suffering from chronic conditions such as cardiovascular disease, cancer, asthma, chronic obstructive lung disease, diabetes, obesity, dental disease and osteoporosis is well known. In addition to the relevant individual action, e.g. clinical management and health education, we must create environments that promote health, especially by means of intersectoral collaboration.

Injury mortality rates in Montréal are lower than or similar to those elsewhere in Québec, except for the mortality of pedestrians, which is 25% higher. Moreover, accidents are the leading cause of death among children and falls account for a high percentage of hospital admissions among the elderly.

Key initiative

Encourage positive lifestyle habits by altering life settings, especially through concerted policies that promote physical activity and improved diet, better strategies to prevent smoking and extensive implementation of programs and measures to prevent injuries and falls among the elderly, such as the PIED program.

5. *Reduce the transmission of HIV and other communicable diseases*

We must closely monitor communicable diseases in an urban environment, where the population is highly mobile, with particular emphasis on sexually-transmitted and blood-borne infections. The spreading of HIV infections and hepatitis C in marginalized groups, such as injection drug users, is rising appreciably. Despite a reduction in the number of AIDS cases as a result of better therapy, the number of HIV-infected individuals is increasing. This situation, combined with an upsurge in risk factors and a reduction in preventive behaviour could increase the infection's burden. Furthermore, the relaxation noted of reliance on preventive methods is another source of concern given the steady increase in other sexually-transmitted infections.

It is important to maintain constant vigilance to prevent the spreading of infections and diseases. We must establish special links with front-line health professionals and the hospital network in order to alert them to real or anticipated threats, to report diseases and apply control measures when effective means to do so, e.g. vaccination, are available.

Key initiative

Step up prevention and the promotion of safe behaviour regarding sexually-transmitted and blood-borne infections and promptly apply measures to control communicable diseases.

6. *Reduce respiratory illnesses related to air quality and climate change*

Problems stemming from the quality of indoor air (mould, asbestos, tobacco smoke) and outdoor air (smog, ragweed pollen, road traffic) are contributing significantly to higher respiratory morbidity and mortality (asthma, allergic rhinitis, and the aggravation of existing cardiorespiratory diseases) among the elderly. Foreseeable temperature increases associated with climate change will exacerbate the problem and strategies to deal with it must be implemented.

Key initiative

Promote among decision-makers concerted policies to enhance the salubriousness of housing and institutions such as schools and hospitals, to reduce airborne emissions from fixed and mobile sources, to control ragweed and implement strategies to adapt to climate change.

In collaboration with various partners (City of Montréal, government departments, the CLSCs, NGOs and physicians), heighten awareness among Quebecers and health professionals of this question and the individual and collective preventive measures that can reduce sources of exposure and health problems, e.g. the asthma control program, the Info-Smog program, and heat wave alerts.

7. *Increase vigilance in response to real or anticipated threats from biological, chemical or physical agents*

Extreme weather conditions, major industrial accidents and epidemics are all threats that encourage interveners in the health and social services network to prepare themselves and work with partners, especially the City of Montréal. The September 11, 2001 terrorist attacks have clearly shown the health sector's vulnerability to chemical, biological or nuclear terrorism in an urban setting.

It is crucial to quickly gain access to information, such as incident reports, notifications concerning infections, poisoning and reportable diseases to intervene effectively among the individuals affected and their contacts,

as well as communities at risk. Some emergency situations demand rapid, extensive mobilization of the health and social services network's resources, e.g. the vaccination campaign against meningitis. For this reason, it is important to make provision for increasingly rigorous planning.

Key initiative

Contribute to preparing emergency measures plans in collaboration with partners such as the ministère de la Sécurité civile and the City of Montréal and develop the resource mobilization plan stipulated in the *Public Health Act* in collaboration with the health and social services network, i.e. the CLSCs and hospitals.

8. Document emerging mental health problems in the workplace

Cases of mental health problems and violence in the workplace recorded between 1994 and 2000 engendered the longest compensation periods in all cases compensated by the CSST. However, effective prevention measures could be introduced with the support of partners in the region. To elaborate an intervention plan, it is essential to improve our knowledge of the problem and the main groups at risk.

Key initiative

Document, in collaboration with our partners, mental health problems and violence in the workplace as well as effective strategies in order to establish a concerted intervention plan among those groups most at risk.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE